Rok XXXVIII. Kraków, 25 Marca 1899. Nr. 12.

**Redakcya:**
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

**Administracya:**
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

**Expedycya miejscowa:**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

**Ogłoszenia**
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

# PRZEGLĄD LEKARSKI

## ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

**Przedpłatę**
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 150 Broome Streets.

**Rekopisy**
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer**
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rocznie:** | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk. | we Francyi 24 fr. |
| **Półrocznie:** | „ 4 „ 40 „ | „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| **Kwartalnie:** | „ 2 „ 20 „ | „ „ 1½ „ | „ 3½ „ | „ 6 „ |

## Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Marca 1899. Nr. 12.



# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.


I. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.**

## O wpływie na organizm powolnego sączenia się płynu surowiczego z jamy brzusznej kanałem, pozostałym po nakłóciu trójgrańcem.


Podał

Dr. Juliusz Marischler,

asystent kliniki lek.


Wśród pracy nad badaniem przemiany materyi przy ustępującej i wzrastającej puchlinie brzusznej (ascites), którą wspólnie z Drem Ozarkiewiczem w klinice podjęliśmy, a która później drukiem ogłoszoną będzie, spostrzegałem jeden fakt, zasługujący na podniesienie. Zdarza się mianowicie nieraz, że przy wypuszczaniu płynu z jamy brzusznej nie jesteśmy w stanie tego płynu w zupełności wypuścić z powodu zatkania się trójgrańca, bądź skrzepem, w samym płynie się znajdującym, bądź też jelitem lub siecią, tak, że czasem i większa część tego płynu pozostaje w jamie brzusznej. Po założeniu opatrunku płyn zaczyna się kroplami dalej sączyć przez kanał, powstały z nakłócia trójgrańcem, zazwyczaj tak długo, dopoki nie nastąpi całkowite zwolnienie powłok brzusznych. Otóż zauważyłem, że w tych przypadkach występuje nagły spadek sił, chorzy coraz gorzej wyglądają i szybko chudną. Zajmując się, jak to wspomniałem, badaniem przemiany materyi przy wzrastającej puchlinie brzusznej (ascites) i po wypuszczeniu płynu, mogłem w jednym przypadku tego rodzaju oznaczyć przemianę materyi. Z góry muszę nadmienić, że chorzy z puchliną brzucha (ascites), pomimo dobrego chłonienia w przewodzie pokarmowym, odznaczają się tem, że azotu w prawidłowy sposób nie przerabiają, zatrzymując go w dość znacznej ilości (2—5 gr. *pro die*) w ustroju. Trudno przypuścić, żeby chorzy ci zużytkowywali zatrzymany azot na odnowienie i wzrost swych komórek. Zatrzymują oni w części substancye azotowe, spotrzebowując je na wytworzenie płynu przesączynowego; większa zaś część pozostaje w roli, że się tak wyrażę, biernej. Dowody takiego zachowania się ustroju mamy i w innych chorobach wyniszczających, jak to wykazali Moraczewski, Schöpp i inni. Otóż pokazało się, że nakłócie (punkcya), wykonane zupełnie prawidłowo, pobudza ustrój chorego do żywszej przemiany substancyj azotowych. Chorzy po nakłóciu więcej wydzielają azotu moczem, jak przed niem, mimo, że chłonienie w przewodzie pokarmowym pod względem azotu wybitniejszych zmian nie doznaje. W przypadkach łagodnych, gdzie płyn w jamie brzusznej albo wcale albo bardzo wolno się napowrót nagromadza, możemy dłuższy czas spostrzegać tę żywszą przemianę azotu; w ciężkich zaś, — gdzie płyn szybko się na nowo gromadzi, mogliśmy zauważyć podobny objaw tylko w pierwszym lub drugim dniu po nakłóciu; w tych bowiem przypadkach substancye białkowe zużywa ustrój przy wytworzeniu na nowo płynu przesączynowego.

Cóż się dzieje z przemianą azotu, jeżeli płyn kroplami po niezupełnej punkcyi wypływa i czy możemy znaleść w przemianie materyi wytłómaczenie dla tego spadku sił i wychudnienia, o którem wyżej wspomniałem? W przypadkach tych mamy zjawisko na pozór paradoksalne; przychodzi bowiem do utraty moczem większej ilości azotu, niż chory pokarmem wprowadził. Mogłoby się zdawać, że chory tracąc już płynem, odpływającym kroplami, dość znaczne ilości azotu, będzie moczem mniej azotu wydzielał; tymczasem sprawa odbywa się przeciwnie. Strata ta podwójna azotu odbić się musi na ogólnym stanie chorego, a obraz przemiany materyi staje się charakterystycznym dla choroby wyniszczającej, t. j. że chory wydziela więcej azotu niż go pobiera.

W tem zjawisku mamy dostateczne wytłómaczenie spostrzeżenia klinicznego, oraz i praktyczną wskazówkę, że podobne wyciekanie kroplami płynu przesączynowego przez czas dłuższy nie jest obojętne dla ustroju i powstrzymać je należy.

II. **Kilka uwag o wartości protargolu w okulistyce**


podał

Dr. Adam Langie

okulista w Krakowie.


Jak tylko Darier ogłosił pierwsze spostrzeżenia nad skutecznością protargolu w chorobach spojówki i następnie w kilku swych pracach najgoręcej środek ten począł zalecać, przedsięwziąłem szereg doświadczeń, których wyniki i wysnute z nich wnioski miałem zamiar w obszerniejszem ogłosić sprawozdaniu. Uprzedził mnie tymczasem kol. Szulisławski, który w nader interesującym artykule[1]) przedstawił historyę protargolu i na podstawie licznych i sumiennie opracowanych spostrzeżeń wypowiedział obszernie swoje o nim zdanie. Wobec cennej pracy kol. Szulisławskiego wrzuciłbym mój rękopis do kosza, gdyby nie ta okoliczność, że moje doświadczenia dały pod pewnymi względami wręcz przeciwne wyniki, a tem samem do odmiennych uprawniają mnie wniosków. Wychodząc więc z zasady „audiatur et altera pars“ i ograniczywszy zamierzoną pierwotnie pracę tylko do podania tych odmiennych wyników, tem śmielej głos zabieram, że nie czuję się zupełnie odosobnionym. Owszem mam za

[1]) *Przegląd lekarski* Nr. 4 i 5 z b. r. »O zastosowaniu protargolu w okulistyce«.

sobą bardzo poważnych uczonych francuskich, którzy identyczne z moimi otrzymawszy wyniki, nie przyznają protargolowi tych wszystkich zalet, jakie upatrują w nim jego zwolennicy. Protargol spotyka się obecnie z losem wszystkich nowych leków, że co chwila odzywają się głosy *pro* i *contra*, aż wreszcie z tej szermierki wyłoni się istotna jego wartość lecznicza i zależnie od tego albo zdobędzie on sobie prawo bytu, albo, jak tyle innych, pójdzie w zapomnienie. Zanim to jednak nastąpi, korzystając, że dyskusya jest jeszcze otwartą, pozwolę sobie wziąść w niej udział. Z góry jednak zaznaczam wyraźnie, że nie mam zamiaru polemizować ani z artykułem kol. Szulisławskiego, ani z innymi zwolennikami nowego środka, tylko, że pragnę zaznaczyć te punkta, co do których, wraz z częścią autorów francuskich, inne mamy zapatrywania.

Protargol stósowałem w zapaleniach spojówki rzeżączkowych u noworodków, w zwykłych zapaleniach spojówki ostrych, podostrych i przewlekłych, w jaglicy i w śluzotoku woreczka łzowego.

Jedynie w tem ostatniem cierpieniu otrzymałem wyniki bardzo dobre i nie waham się twierdzić, zgodnie z Darierem, Szulisławskim i Wicherkiewiczem, że wyleczenie szybciej następuje, niż bez użycia protargolu. Za to w wielu przypadkach jaglicy, w których stósowałem protargol, nie dopatrzyłem wcale korzystnego działania na ziarna jaglicowe. Jedynie w ostrych przypadkach o większej wydzielinie śluzowo-ropnej stanowczo zauważyłem zmniejszenie się jej pod wpływem protargolu. We wszystkich jednak musiałem po pewnym czasie odstawić go i uciec się do jednego z dawniejszych środków, stosownie do tego, który z nich, ze względu na postać, przebieg lub okres był wskazanym. W jaglicy nawet Darier niewiele sobie obiecuje po protargolu, tem bardziej, że w kilku przypadkach wywołał mu silne zaostrzenie sprawy zapalnej. Wobec tego, zgodnie z zapatrywaniem Szulisławskiego, przyznałbym protargolowi w leczeniu jaglicy jedynie rolę leku pomocniczego, lecz ograniczyłbym używanie jego tylko do przypadków o zwiększonej wydzielinie, chociaż i w tych razach, sądzę, że to samo da się uzyskać równie dobrze rozczynem azotanu srebrowego. Co się tyczy nieżytu spojówek, to skuteczność protargolu, zdaniem okulistów francuskich, jest różną, zależnie od rodzaju zapalenia. Autorowie ci rozróżniają mianowicie ostry nieżyt, wywołany lasecznikami Weeksa, i podostry, do którego dają powód diplobakcyle Moraxa. Sam Darier przyznaje zalety swemu lekowi jedynie w tej pierwszej postaci, a to na podstawie licznych przypadków, wyleczonych w przeciągu 2 do 3 dni. Przeciwnie w podostrym nieżycie, wywołanym diplobakcylami Moraxa, następuje, zdaniem jego, z początku zazwyczaj pewne polepszenie, lecz rychło przychodzi do nawrotów, w których już dalsze stósowanie protargolu pozostaje bez skutku; daleko skuteczniejszym okazuje się octan ołowiowy lub ichtyol. Równie dobre wyniki otrzymali w przypadkach nieżytu ostrego Valude, de Spéville, Despagnet i Morax, lubo ten ostatni stawia protargol na równi z azotanem srebrowym. Co do mnie, miałem sposobność przekonać się o skuteczności protargolu zwłaszcza w jednym przypadku ostrego zapalenia spojówki. Przypadek dotyczył kobiety 50-cioletniej, dotkniętej zapaleniem oka lewego. Objawy były tak gwałtowne, że przy obecności wydzieliny ropnej nasuwało się, mimo ujemnych wywiadów, pytanie, czy nie jest to zapalenie rzeżączkowe. Jedynie badanie bakteryologiczne, które nie wykazało gonokoków, a natomiast bakcyle Weeksa, pozwoliło wykluczyć to przypuszczenie. Protargol stósowany dwa razy dziennie w rozczynie 10% podziałał tu nadzwyczaj szybko, wydzielina z dnia na dzień się zmniejszała i w przeciągu tygodnia zapalenie zupełnie ustąpiło. — Że bakcyle Weeksa są w stanie wywołać takie silne zapalenie z wydzieliną ropną, które może się nawet wikłać z wrzodami rogówkowymi, dając obraz zupełnie podobny do zapalenia rzeżączkowego, jest rzeczą znaną; zwrócił na to uwagę Morax, przestrzegając przed pomyłkami rozpoznawczemi.

W innych przypadkach ostrych nieżytów spojówki, chociaż pod działaniem protargolu następowało również wyleczenie, nie mogę jednak powiedzieć, aby szybciej zostało osiągniętem, niż przy użyciu rozczynu azotanu srebrowego. W przewlekłych nieżytach spojówki polecałem chorym 5% rozczyn protargolu, każąc zakraplać go trzy razy dziennie, ale, mimo używania go przez dłuższy nawet czas, nie widziałem pożądanego skutku. O wiele lepszemi okazały się wszelkie inne w użyciu będące „*collyria*". Przy tej sposobności zwrócić muszę uwagę na jedną okoliczność, a mianowicie, że błędnem jest twierdzenie zwolenników protargolu, jakoby ten nie wywoływał srebrzycy (argyrosis). Jeden z moich pacyentów używał 5% rozczynu bez przerwy przez dwa miesiące, poczem przedstawił mi się z niewyleczonym co prawda nieżytem przewlekłym spojówek, ale za to z początkowem typowem zabarwieniem w załamkach dolnych, zupełnie jak po kamieniu piekielnym. Podobne spostrzeżenie zrobił też Denig [1]), a Wicherkiewicz, wystawiając na działanie światła płatki płócienne, maczane w 2—5% rozczynie protargolu, spostrzegał po kilku godzinach zabarwienie ciemno-brunatne, niedające się zmyć. Z tego wynikałoby, że nawet tej zalety przed azotanem srebrowym protargol nie posiada. Również wszyscy moi chorzy, u których stósowałem protargol, skarżyli się nie na „bardzo nieznaczne pieczenie", jak chce Darier, ale na wyraźny ból, większy lub mniejszy, stósownie do rozczynu i osobistej wrażliwości. Oczywiście, że ból ten był znacznie mniejszy, niż przy lapisowaniu, ale zawsze większy, niż np. po zakropleniu zwykłego *Collyrium zinci*, a co ważniejsza, że przy zastósowaniu silniejszych rozczynów ponad 10% trwał godzinę, dwie, w niektórych przypadkach nawet pół dnia.

Powyższe spostrzeżenia moje niewiele jeszcze różnią się od spostrzeżeń zwolenników protargolu i nawet sam Darier przyznałby im z pewnymi wyjątkami racyę. W sprawie jednak wartości leczniczej tego leku w *ophthalmoblennorrhoea*, wyniki, jakie otrzymałem, skłaniają mnie do przejścia na stronę Valudea i Despagneta, t. j. najwybitniejszych przeciwników protargolu.

W 9 przypadkach śluzoropotoku noworodków, w których miałem sposobność stosować protargol, nie widziałem najmniejszego skutku, i nie mogąc doczekać się ani zmniejszenia wydzieliny, ani wogóle jakiejkolwiek poprawy, po tygodniu musiałem przejść do azotanu srebrowego. Skutek już po kilku dniach był widocznym i wyleczenie postępowało szybko i prawidłowo. Mógłby mi kto zarzucić, że zbyt prędko porzucałem protargol, nie czekając, czy przecież działanie

---

[1]) Denig: »Argyrosis of the Conjunctiva the result of Protargol«. *The Med. Times and Register*, 1898.

korzystne nie wystąpi. Zwrócić jednak muszę uwagę, że mając do czynienia z pacyentami w praktyce prywatnej, nie mogłem bezkarnie przewlekać leczenia, a nadto, że jeżeli kamień piekielny zazwyczaj po tygodniu sprowadza już widoczny zwrot ku lepszemu, to tembardziej powinno było to nastąpić przy leczeniu protargolem tej właśnie choroby, o której powiada Darier, że *„parait être l'affection appelée à tirer les plus brillants résultats de la médication protargolique"*. W 2 innych przypadkach stósowałem dla kontroli na jednem oku azotan srebrowy, na drugiem protargol. Tutaj widocznem było, że podczas gdy protargol nie wywierał żadnego wpływu, stan oka drugiego, leczonego kamieniem piekielnym, wyraźnie się polepszał. Było to nawet tak uderzającem, że w jednym z powyższych przypadków rodzice sami zwrócili mi uwagę, dlaczego obu oczów nie leczę „tem lepszem lekarstwem". Jest to chyba dostatecznie przemawiającem na niekorzyść nowego rywala dobrze zasłużonego i wypróbowanego w tysiącach przypadków kamienia piekielnego.

Jeszcze jednak ważniejszym jest następujący przypadek, w którym poraz ostatni dałem się uwieść polecanemu przez Dariera lekowi. Przyniesiono mi dziecko 7-dniowe, u którego od 3 dni w obu oczach było wybitne zapalenie spojówek. Wydzielina obfita, zawierająca dwoinki rzeżączkowe, rogówki czyste zupełnie. Zastósowałem protargol 2 razy dziennie. Piątego dnia pojawił się na rogówce oka lewego naciek ropny, który w następnych dniach zamienił się w dość rozległy wrzód. Protargol natychmiast odrzuciłem, zastępując go 3% roczynem azotanu srebrowego, obok przemywań antyseptycznych i atropiny. Przy tem leczeniu udało się wrzód ograniczyć i zapalenie w przeciągu kilku tygodni usunąć. Przypadek ten jest bardzo wymownym, tem więcej, jeżeli uwzględnimy zupełnie analogiczny przypadek Valudea, w którym też wśród leczenia protargolem przyszło do wytworzenia się wrzodu na rogówce. Doświadczenie wieloletnie poucza, że w żadnym przypadku śluzoropotoku noworodków nie występuje powikłanie ze strony rogówek, jeżeli tylko wdroży się leczenie azotanem srebrowym, zanim rogówki zostaną zajęte. Jeżeli zatem mam do zanotowania aż 2 przypadki, leczone protargolem, w których przyszło do wytworzenia się wrzodu rogówkowego, jest to dostatecznym powodem, aby protargol w moich oczach zdyskredytować. Dla tego też muszę przyznać najzupełniejszą racyę słowom Despagneta: *„Ce serait pour moi un cas de conscience, qui engagerait fortement ma responsabilité, que de prescrire le protargol, tandis que je ferais perdre à mes malades un temps précieux, pendant lequel le nitrate d'argent eût déja pu assurer la conservation de l'organe atteint"*.

Aby uchronić się od możliwego zarzutu, że odmawiam protargolowi skuteczności w omawianem cierpieniu ócz na podstawie zbyt nielicznych własnych doświadczeń, muszę przypomnieć, że sprawa ta była przedmiotem wyczerpującej dyskusyi na 2 posiedzeniach paryskiego Towarzystwa Okulistycznego[1]) w ciągu lata ubiegłego roku. Zabierali tam głos bardzo poważni i znani okuliści, którzy zdanie swe opierali na ogromnej liczbie przypadków. Prócz Dariera, nikt nie stanął w obronie protargolu, jako leku leczącego rzeżączkowe zapalenie spojówek, a przeciwnie, wiele głosów oświadczyło się przeciw niemu. Nie chcąc nużyć czytelnika streszczaniem wszystkich przeciwnych zapatrywań, pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na zdanie dwóch wybitnych i w świecie naukowym dobrze zasłużonych okulistów: Valuda i Despagneta. Pierwszy z nich robił doświadczenia swe na olbrzymim materyale szpitala paryskiego Quinze-Vingts i przyszedł do przekonania, że protargol stoi o wiele niżej w terapii *ophtalmoblennorrhoea* od azotanu srebrowego, że nawet w roczynie 50% nie jest w stanie zastąpić tego ostatniego i że zalecanie go w miejsce kamienia piekielnego wprost w skutkach swoich jest wielce niebezpiecznem. Despagnet, po przeprowadzeniu również całego szeregu doświadczeń w ten sposób, że jedno oko było leczone azotanem srebrowym, drugie protargolem, kategorycznie oświadczył się przeciw temu ostatniemu. W ślad za nimi wypowiedzieli swe niepochlebne dla protargolu zdania: Vignes, Kopff, Gorecki, Parent i inni.

Wobec tak rażąco sprzecznych opinij o działaniu protargolu w przypadkach ropnych zapaleń spojówki, nasuwa się mimowoli wątpliwość, czy przypadki, wyleczone protargolem, były rzeczywiście zapaleniem, wywołanem przez dwoinki Neissera. Czy nie były to zapalenia, przedstawiające klinicznie obraz rzeżączkowego, a wywołane wprost przez bakcyle Weeksa, w których protargol, jak wspomniałem, rzeczywiście okazał się skutecznym. Wszak doświadczenie przekonało, że matki noworodków, u których rozwija się zapalenie ropne, nie wszystkie są dotknięte rzeżączką. Jeszcze Arlt zwracał uwagę, że zapalenie ropne noworodków może przebiegać pod postacią ciężką lub łagodną i że ta ostatnia nawet bez leczenia po pewnym czasie może bez śladu ustąpić. Każdy okulista, mający trochę więcej doświadczenia, musiał zauważyć tę różnicę w nasileniu i złośliwości pojedynczych zapaleń ropnych spojówki, które wielu jeszcze, jedynie na podstawie obrazu klinicznego, uważa za jedno cierpienie bez względu, czy wywołały je gonokoki, czy nie.

Co zresztą może być przyczyną tej tak wybitnej różnicy w poglądach na skuteczność protargolu w omawianem cierpieniu, roztrząsać bliżej nie będę; stwierdzam tylko tę różnicę, a to dla tego, aby przestrzedz przed zbyt pochopnem zastępowaniem w praktyce azotanu srebrowego nowym lekiem. Kwestya jest jeszcze nie rozstrzygnięta ostatecznie i lekarz-praktyk najlepiej zrobi, jeżeli pozostanie na razie przy tym dobrze zasłużonym azotanie srebrowym, który tysiące już ócz od ślepoty uchronił. Wprawdzie Darier sądzi, że azotan srebrowy jest, zwłaszcza w ręku początkującego, mieczem obosiecznym *„qui peut faire autant de mal que du bien"*, której to wady protargol nie posiada. Mnie się jednak zdaje, że lekarz, któryby lapisując spojówki wywołał, czy to owrzodzenia na rogówce, czy też *conjunctivitis pseudomembranacea*, jak się tego obawia Darier, nie zasługuje na miano okulisty. Zresztą nie wiem, jak gdzie, ale u nas przynajmniej w Galicyi nawet lekarze nie specyaliści, którzy w ciągu lat szeregu wyszli ze znakomitej szkoły ś. p. prof. Rydla, umieją się z azotanem srebrowym obchodzić i nie zdarzyło się chyba, aby który przez nieostrożne przyżeganie choremu zaszkodził.

Co do mnie zatem, tak na podstawie własnego doświadczenia, jak i przytoczonych wyżej autorów, uważam azotan srebrowy za jedyny dotychczas środek najdzielniej działający w zapaleniu rzeżączkowem spojówek. Zdaje mi się, że wła-

[1]) Societe d'ophtalmologie de Paris. Séance du 7 Juin et du 5 Juillet, 1898.

śnie to jego działanie ściągające i żrące, obok własności antyseptycznych, jest skutecznem w tem cierpieniu. Protargol, który nie działa ściągająco, a który za to wnika nietylko w komórki przybłonkowe, ale i wgłąb samej tkanki, wywierać może tylko bakteryobójczę działanie. Z tego też względu, jako środek pomocniczy, ale tylko obok równoczesnego lapisowania, nie będzie bez znaczenia. Stosując w ostatnich czasach w przypadkach zapaleń rzeżączkowych azotan srebrowy 1—2%, a nawet 3%, zależnie od obrzmienia spojówek i ilości wydzieliny, polecałem prócz tego kilkakrotne zakraplanie w ciągu dnia 5% protargolu i przyznać muszę, że przy takiem skombinowanem leczeniu widziałem jak najlepsze wyniki. Wydaje mi się jasnem, że tu antyseptyczne działanie protargolu, wspierając działanie azotanu srebrowego, przyspieszać może wyleczenie. Nie mogę też zrozumieć tych okulistów, którzy stosują protargol tak długo, dopóki jest wydzielina; a dopiero, gdy zapalenie straci charakter ropny, każą przechodzić do azotanu srebrowego. Od dawna przecież jest znaną rzeczą, że właśnie azotan srebrowy wpływa doskonale na zmniejszenie się wydzieliny. Gdy zaś ta w rzeżączkowych zapaleniach spojówki jest siedzibą gonokoków, jednem z najważniejszych zadań leczniczych jest wpłynąć jak najenergiczniej i jak najszybciej na zmniejszenie się i usunięcie wydzielin.

Wreszcie, już nie z własnego doświadczenia, bo do tego nie miałem sposobności, wspomnieć muszę o zadziwiająco wybornym wyniku, jaki otrzymał Despagnet, stosując 10% rozczyn protargolu w czterech przypadkach wiosennego zapalenia rąbka spojówkowego *(Conj. vernalis)*. Wobec bezsilności całej naszej terapii w tej chorobie, wyniki te zasługują na szczególniejsza uwagę i dalsze pod tym względem doświadczenia.

Na końcu podnoszę raz jeszcze, że jeżeli zdecydowałem się na ogłoszenie powyższych uwag, to nie w celu polemizowania z powagą Dariera i innych zwolenników protargolu, lecz jedynie dlatego, aby zdaniu ich przeciwstawić zdanie równych powag w świecie naukowym i zaznaczyć, że osobiście, na podstawie skromnych moich doświadczeń, do ich zapatrywań się przyłączam.

## III. O rwie usznej *(Otalgia nervosa)*.

Podał

**Dr. Rafał Spira.**

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego w dniu 15 lutego 1899 r.).

(Dokończenie).

Bóle uszne mogą być umiejscowione w różnych odcinkach narządu usznego.

Małżowina uszna: Rwa w tej części ucha należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich. Allier *(Rau, Ohrenkrankh. S. 276)* spostrzegał przypadek, w którym rwa ograniczała się do płatka usznego. Rwa w muszli powstaje często w związku albo z liszajem muszli, albo z zajęciem odpowiednich nerwów gałęzi n. troistego na przedniej, splotu zaś szyjnego na tylnej powierzchni muszli usznej, szczególnie u osób nerwowych. Bólom tym towarzyszy niekiedy nastrzykanie naczyń i obrzmienie zajętych miejsc. Lekkie dotknięcie wzmaga zazwyczaj ból; natomiast silniejszy ucisk działa czasem nawet łagodząco na napady.

Przewód ucha zewnętrzny. Rwa przewodu zewnętrznego zjawia się po większej części w towarzystwie rwy n. troistego, oraz innych nerwów czuciowych, jako ból głowy (cephalalgia) i migrena. U niektórych osobników, szczególnie nerwowych, zadziałanie zimnego powietrza lub chłodnego płynu na powierzchnię przewodu zewn. ucha może sprowadzić bardzo silne bóle neuralgiczne w zakresie n. muszlowo-skroniowego (n. auriculotemporalis), dochodzące nieraz do bardzo wysokiego stopnia.

Rwa jamy bębenkowej tak zw. *neuralgia plexi tympanici*, czyli nerwoból bębenkowy, przedstawia cierpienie nerwowe w ściślejszem słowa znaczeniu i stanowi najpospolitszą postać bólów nerwowych narządu usznego. Jak wiadomo, w skład splotu bębenkowego na wzgórku wchodzą nn.: troisty, językowo-połykowy, spółczulny i twarzowy. W tem obfitem unerwieniu jamy bębenkowej tkwi źródło powstawania rwy usznej drogą odruchową. Bóle uszne, pochodzące z próchnicy zęba, mogą się rozprzestrzenić na barki i kończynę górną odpowiedniej strony, jak to spostrzegał Urbantschitsch. W jednym przypadku Thomasa Bella (Wedel. *Pathologie der Zähne. Lipsk, 1870)* pojawiały się bóle w uchu, gardle, barkach i ramieniu, wywołane wskutek ułamania drugiego dolnego zęba trzonowego, które natychmiast znikły po wyjęciu korzenia tego zęba. Obok przyczyn wymienionych spostrzegano rwę jamy bębenkowej, jako następstwo zadziałania silnych podniet dźwiękowych, oraz wskutek cierpienia ucha środkowego przeciwnej strony (Urbantschitsch). Nottingham *(Schmidta Jahrbuch, T. 116)* spostrzegał taką rwę uszną, której zawsze towarzyszyła rwa w podeszwie tej samej strony.

Nerwobóle w okolicy wyrostka sutkowego bez wykazalnej zmiany chorobowej stanowią zjawisko dość rzadkie. W jednym przypadku Urbantschitscha rwa taka wystąpiła po zadziałaniu nadmiernie silnego zimna i ustąpiła, przetrwawszy kilka miesięcy, po jednorazowem zastósowaniu prądu przerywanego. W przebiegu przewlekłych cierpień ucha środkowego przychodzi często do stwardnienia *(sclerosis et eburneatio)* kostnych ścian wskutek czego wystąpić może uwięźnienie wybujałej w komórkach sutkowych błony śluzowej, co może pociągnąć za sobą silne przepuszczające bóle neuralgiczne w tej kości; lecz w takim razie bólów tych nie można uważać, jako powstałych na tle czysto nerwowem.

Wreszcie zaznaczyć należy, że rwa uszna także może występować równocześnie na różnych miejscach narządu słuchowego.

Leczenie rwy usznej ma przedewszystkiem za zadanie zadość uczynić wskazaniu przyczynowemu. Należy się przeto starać o to, by po dokładnem rozpoznaniu przyczyny usunąć ją, a zatem wyjąć ząb spróchniały, usunąć przerosłe muszle nosowe, wyciąć migdałki, zwalczyć zapalenia gardła zapomocą stósownego leczenia miejscowego i t. p.; wreszcie usiłować poprawić nieprawidłowy stan ogólny zdrowia, oraz zwalczać choroby ustrojowe przetworami arsenu, żelaza, wzmacniającą dyetą, odpowiedniem uregulowaniem trybu życia, zmianą klimatu i t. p. Podejrzywając kiłę, zastósować należy przetwory jodowe; w ogólnej nerwowości — przetwory bromowe, elektryzowanie, zabiegi wodolecznicze, leczenie uzdro-

wiskowe, klimatyczne, kąpiele morskie, a względnie także hipnoza i poddawanie. W typowym przepuszczającym przebiegu rwy usznej chinina sama, lub w połączeniu z jodkiem potasowym, znakomite oddaje usługi.

W tych przypadkach, w których przyczyny żadnej wykazać nie można, albo w których przyczyna jest wprawdzie znana, lecz usunąć się nie daje (choroby mózgu, rak języka i t. p.), leczenie objawowe i miejscowe występuje na pierwszy plan. Zaleca się wtedy używanie środków zwykle stósowanych na cierpienia nerwowe *(Antinervina)* jak: antypiryna, fenacetyna, salicylan sodowy, prąd elektryczny stały, lub przerywany.

Gruber poleca jodek potasowy także w przypadkach czysto nerwowych; niekiedy osięgał dobry wynik. Olejek terpentynowy (15—20 kropli w kapsułkach, albo ½—1 łyżeczki od kawy Weber-Liel). Theobald *(Centralblatt für d. med. Wissensch. 1879)* zaleca zażywać atropinę po 5 kropli 1% roczynu kilka razy dziennie. W niektórych przypadkach zauważono dobry wpływ leczniczy nalewki wilczej jagody, podanej po 8—10 kropli dziennie. Urbantschitsch widział bardzo dobre skutki po używaniu wdychiwania azotynu amylowego w przypadkach rwy usznej przepuszczającej *(Wien. med. Wochenschrift 1877)*; inni dają pierwszeństwo tlenkowi cynkowemu, w postaci pigułek Meglina *(Oxyd. Zinc., Rad. Valerian aa 10·0, Extr. hyosc. ami nigr. 1·0; uf. pil. N. centum)*, powiększając stopniowo dawkę od 1 do 30 pigułek, a następnie znowu schodząc na dół.

Miejcowo używa się w rwie, szczególniej ucha zewnętrznego i wyrostka sutkowego, środków kojących, jako to: maść narkotyczna, weratryna, pryszczydła i mięsienie. Ostatnie oddaje bardzo dobre usługi, szczególnie w histerycznych obrzękach guzkowatych gałęzi nerwów wyżej wymienionych. Skutecznem jest często pędzlowanie nalewką jodową z nalewką galasówek w równej ilości, wreszcie zastosowanie ciepła: zwitek waty, zamoczony w oliwie i ogrzany, a następnie włożony do ucha, może sprowadzić znaczne ukojenie bólów. Jako wiele obiecującego leku, kojącego rwę, należałoby częściej używać nacierania następującym środkiem: *Mentholi, Guajacoli aa 1.0, Spirit. vini 18.0.*

W bębenkowej rwie usznej *(Otalgia tympanica)*, osiągnięto świetne wyniki lecznicze przez zastósowanie mięsienia młotka zapomocą zgłębnika uciskowego *(Drucksonde)* Lucaego. Max na poliklinice Urbantschitscha *(Wien. mediz. Wochenschrift, 1892)* widział poprawę już po pierwszem zastósowaniu tego mięsienia; w świeżych przypadkach kilkorazowe mięsienie wystarcza do zupełnego usunięcia choroby. W przypadkach przewlekłych leczenie przeciągało się wśród postępującej poprawy do 4 tygodni. Nawet rozpromieniające się bóle, oraz bóle głowy i nadmierna wrażliwość na nizkie i wysokie tony strojnikowe, względnie na głośną mowę, zwykły ustępować po kilkorazowem zastósowaniu zgłębnika sprężystego. Zabieg ten, wykonany podczas bólów, sprowadzał natychmiastowe doraźne przerwanie napadu, a nawrót po jakimś czasie, nigdy nie doszedł dawnego nasilenia. Hartmanowi udało się w jednym przypadku *(Die Krankheiten des Ohres u. deren Behandlung. Berlin, 1897)* wyleczyć zupełnie dłuższy czas trwającą silną rwę bębenka bez jakichbądź objawów zapalnych przez kilkorazowe cewnikowanie (kateteryzowanie). Kateteryzowanie można w takich przypadkach połączyć z wstrzykiwaniem roczynu kokainy do ucha środkowego. Przypadek spostrzegany przez Kramera *(Graefe u. Walthers Journal, 1829)* poucza, że nawet silna rwa uszna może ustąpić pod wpływem mocnego bodźca dźwiękowego.

Rwa uszna bywa niekiedy nadzwyczaj uporczywa; opiera się nieraz wszelkiemu leczeniu i wymaga dużo cierpliwości i wytrwałości, tak ze strony chorego, jako też i lekarza, aż w końcu uda się wynaleźć środek, zapomocą którego można osiągnąć poprawę lub wyleczenie. Jeżeli w podobnych przypadkach bóle są bardzo silne, w takim razie jesteśmy czasem zmuszeni uciec się do używania morfiny wewnętrznie lub podskórnie, aby choremu dostarczyć chwilowej przynajmniej ulgi, jako *ultimum refugium.*

## IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. W. Kirchner. **Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende.** Wydanie 6. Wiedeń. Bruńswik, 1899.

Ledwie dwa lata minęło od czasu, w którym mieliśmy sposobność zwrócić uwagę czytelników *Przeglądu lekarskiego* na to dzieło i ocenić piąte jego wydanie, a już okazała się potrzeba świeżego wydania, mimo, że na brak podręczników w tej dziedzinie narzekać wcale nie można. Główne zalety tego dzieła polegają na tem, że autor, jako doświadczony nauczyciel, potrafił utrzymać się w środku między zbytnią rozciągłością, a przesadną i niezrozumiałą ścisłością, a poprzestał na jasnem, do potrzeb lekarzy praktycznych i uczących się przystósowanem przedstawieniu obfitej treści. Zresztą nowe wydanie, obok zewnętrznej wytworności i niskiej ceny, ma te same zalety, które tak korzystnie wyróżniały poprzednie, a przytem zawiera kilka uzupełnień, tyczących się najnowszych zdobyczy nauki. Brakuje jednak wszelkiej wzmianki o nowym sposobie leczenia stałego przedziurawienia błony bębenkowej zapomocą kwasu trójchloroctowego, metodzie, która przecież wyszła już z okresu prób i doświadczeń, a którą można już uważać za stałe i cenne wzbogacenie otyatrycznej skarbnicy leczniczej, a zatem zasługiwałaby na stósowne uwzględnienie w podręczniku tego rodzaju. Dalej życzyćby wypadało ściślejszego uwydatnienia wskazań do operacyi na wyrostku sutkowym przy ropnych zapaleniach ucha środkowego.

Mimo tych, zresztą nieznacznych i w następnem wydaniu łatwo uzupełnić się dających luk, nie wątpimy, że nowe wydanie zjedna temu dziełu nowych zwolenników i na długo jeszcze zajmować będzie zaszczytne stanowisko wśród podobnych dzieł otyatrycznych. *Spira.*

## V. Wyciągi.

Prof. Moussous: **O przenoszeniu się odgłosu wypukowego na przeciwległą ścianę klatki piersiowej, jako objawie wypociny opłucnowej u dzieci.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, styczeń, 1899). Rozpoznanie wysięku opłucnowego u dzieci jest trudniejsze, niżeli u osób dorosłych i tem trudniejsze, czem dziecko jest młodsze. Nawet objawy klasyczne zawodzą u dzieci: zdarza się np., że rozedma zastępcza płuca zdrowego tak wysadza międzyżebrza, że wypuklają się one więcej po stronie zdrowej klatki piersiowej, niż zajętej wypociną. Spostrzegano również, że sprawa zapadania klatki piersiowej po zapaleniu opłucnej u dzieci odbywa się z nieprawidłową szybkością i doprowadza do mniemania, że wypocina już wessała się, a co w istocie jeszcze nie nastąpiło; niemniej wprowadzić może w błąd wypłaszczenie się klatki piersiowej, będące następstwem zboczeń kręgosłupa, lub poprzednio przebytego zapalenia opłucnej. Odgłos

wypukowy, dający tak cenne wskazówki rozpoznawcze u dorosłych w wypocinie opłucnowej, zawodzi czasem u dzieci; wpływają na to cienkie i podatne ściany klatki piersiowej, zwłaszcza przy nadmiernej rozedmie zdrowego płuca, bębnicy w przewodzie pokarmowym itd.; a jeśli w tych warunkach badający jednocześnie słyszy rzężenia w oskrzelach, rozpoznanie wypociny opłucnowej staje się nader trudne. W szczególności zaś bardzo łatwo pomięszać ropną wypocinę opłucnową z przewlekłem zapaleniem płuc zrazikowem, lub z gruźlicą płucną. Te okoliczności zniewalają lekarza do poznania i stósowania wszystkich innych sposobów, mogących wyjaśnić zawiły obraz chorobowy; do sposobów tych zalicza Moussous rozpoznawanie wypociny opłucnowej zapomocą przysłuchu, połączonego z jednoczesnem opukiwaniem przeciwległej strony klatki piersiowej i wyprowadzanie wniosków rozpoznawczych względnie do siły i dźwięczności odgłosu opukowego, udzielającego się uchu przez całą grubość klatki piersiowej.

Trousseau pierwszy zwrócił uwagę na rozpoznawczą wartość połączenia opukiwania z osłuchiwaniem klatki piersiowej w odmie piersiowej. Jednak badania tego klinicysty ograniczyły się tylko do ciał gazowych w jamie opłucnowej. Metodę powyższą badania zastósował prof. Pitres, a następnie jego uczeń, Dr Sieur, do ciał płynnych i stałych w worku opłucnowym. Badania te doprowadziły do następujących twierdzeń:

Jeśli między punktem opukiwanym z jednej strony, a osłuchiwanym z drugiej — znajduje się pokład o utkaniu gąbczastem, siatkowatem, odgłos wypukowy będzie stłumiony. Jeżeli zaś pokład ten stanowić będzie ciało jednolite, płynne lub zbite, odgłos będzie czysty, dźwięczny, a nawet metaliczny. Jeśli wreszcie pokład między punktami wysłuchowym i wypukowym składać się będzie z warstw różnorodnych, siatkowatych i zbitych, t. j. przenoszących źle i dobrze drgania głosowe, to przewagę stale mieć będzie zły przewodnik i badający usłyszy odgłos przytłumiony.

Rodzaj dźwięku wstępnego, wywołującego drgania, wpływa wybitnie na wynik badania: odgłos o dźwięku głuchym nie posiada siły przenoszenia drgań; tylko odgłos o dźwięku czystym, metalicznym przenosi się przez całą grubość klatki piersiowej i dlatego Trousseau używał w tym celu monety, po której opukiwał drugą monetą *(signe du sou)*. Badanie przenoszenia się odgłosu wypukowego na przeciwległą ścianę klatki piersiowej daje w zastósowaniu klinicznem następujące wyniki: 1) jeśli płuco jest zdrowe, odgłos ten jest głuchy, bez wszelkiej cechy dźwięku metalicznego; 2) jeśli w worku opłucnowym znajduje się wypocina, czy to surowicza, ropna, czy krwawa — lecz bez zrostów, odgłos metaliczny występuje w całej czystości; 3) z wyjątkiem zapalenia płuc o wielkiej zbitości (spléno-pneumonie), wszystkie inne cierpienia płuc, mianowicie nacieki zapalne, gruźlicze, nowotworowe, oraz zawały wybroczynowe, opłucnowe wypociny otorbione — nie dają odgłosu dźwięcznego, metalicznego.

Przytoczone wyniki kliniczne dowodzą, że badanie przenoszenia odgłosu wypukowego na przeciwległą ścianę klatki piersiowej daje cenne wskazówki rozpoznawcze u osób dorosłych. A co się tyczy wypociny opłucnowej, to nietylko umożebnia rozpoznanie obecności wypociny, lecz i wysokość do której płyn sięga i obszar zajęty, w razie jego otorbienia.

Co się tyczy wieku dziecięcego, to Moussous badał w swoim zakładzie wszystkie dzieci, które cierpiały w ciągu dwóch lat na choroby płuc i opłucnej. Zliczając chorych szpitalnych i przychodnich, liczba badanych wynosi kilka tysięcy.

U dzieci zdrowych przenoszenie dźwięku wypukowego, tak jak i u osób dorosłych, bywa tamowane przez płuco zdrowe, a odgłos staje się przytłumiony, głuchy.

W obu rodzajach zapalenia płuc u dzieci odgłos wypukowy jest jeszcze w wyższym stopniu przytłumiony, niżeli przy przejściu przez płuco zdrowe, a czasem staje się niedosłyszalnym. Tensam wynik daje badanie dzieci, chorych na gruźlicze nacieki płucne

U dzieci, chorych na wypocinę opłucnową, odgłos wypukowy, jak i u osób dorosłych, jest dźwięczny, metaliczny, lecz stanowczo w mniejszym stopniu, niżeli u dorosłych: Moussous sądzi, że ta mniejsza dźwięczność u dzieci zależy od rozmaitych przyczyn: czasem wpływają na to zrosty, pozostałe po dawniej przebytem zapaleniu opłucnej; najczęstszą przyczyną według autora jest wysadzenie przepony przez wzdęcie brzucha, które tak często wydarza się u dzieci, a w takim razie ułożenie się wypociny w jednolitą warstwę, zwłaszcza w dolnych odcinkach worka opłucnowego, jest niemożebne.

Pomimo tej słabszej dźwięczności odgłosu wypukowego u dzieci, badanie przenoszenia się tego odgłosu przez klatkę piersiową stanowi dzielny środek rozpoznawczy, a nieraz w okolicznościach wątpliwych, jest rozstrzygającym.

*Dr A. Kw.*

P. Bar. **Czy dowiedziono bakteryjnego pochodzenia drgawek (eklampsyi)?** *(L'Obstétrique*, listopad, 1898). W roku 1883, na Zjeździe naukowym w Blois, zwrócił Delore uwagę na podobieństwo, jakie zachodzi pod wielu względami między drgawkami (eklampsyą) a ostremi chorobami zakaźnemi, wywoływanemi przez swoiste prątki. Oparł on wtedy ogłoszone wyniki na następujących spostrzeżeniach: 1) Objawy zaburzenia we krwi cechujące okres przedwstępny drgawek. 2) Zmiany w nerkach i białkomocz, napotykane również w chorobach zakaźnych. 3) Bardzo wysoka ciepłota. 4) Występowanie czasem nagminne drgawek, co także stwierdzają Betschler i Bouteilloux. 5) Drgawki nierzadko występują i w przebiegu osutek ostrych, jak odra, płonica i in. 6) Wreszcie duża śmiertelność. Ta wspólność objawów zachęciła wielu badaczy do szukania przyczyny drgawek również w zakażeniu drobnoustrojami i autor w swej monografii podaje szereg doświadczeń, jużto przez siebie, już też przez innych dokonanych, których celem było wyświetlenie źródła powstawania napadów drgawkowych. Przeprowadzono zatem badania łożyska, moczu, krwi, narządów wewn. kobiet, dotkniętych drgawkami, a wreszcie narządów noworodków, urodzonych z matek, które uległy drgawkom. Autor streszcza wszystkie te prace w następujących wnioskach:

1) Mocz kobiet, dotkniętych drgawkami porodowemi, zawiera często laseczniki, które atoli znachodzą się i w moczu zdrowych kobiet ciężarnych. Wstrzykiwanie zwierzętom wielkich ilości takiego moczu nie sprowadza najmniejszego zaburzenia w ustroju. 2) W niektórych przypadkach znaleziono we krwi chorych, dotkniętych drgawkami, gronkowce i pneumokoki, co jednakże, wobec braku ścisłości przy badaniu, niczego jeszcze nie dowodzi. Tosamo tyczy się i badań wątroby, nerek i łożyska. 3) Nigdy nie otrzymano swoistego prątka wywołującego drgawki, obecność zaś bakteryj, jak *staphylococcus*, *pneumococcus*, *bacillus coli* i *proteus vulgar.* musimy teraz jeszcze uważać za przypadkową. Możliwem jest, że bakterye te wywołują pewne zmiany wątroby i nerek, które w dalszym ciągu (zapomocą toksyn?) powodują napady drgawkowe. Lecz, jak autor sam się zastrzega, „ce n'est là qu'une hypothèse". Badania płodów są zbyt świeże i nieliczne, by można z tego jakieś konkretne wysnuć wnioski.

*Dr Ludwik Berger.*

Dr. Belkowsky (Ohio). **Szczególny przypadek niezdolności płciowej z braku popędu płciowego.** *(Allg. Ztschr. f. Psych.* T. V. 1899) 30-letni izraelita zgłosił się do autora o poradę z powodu niezdolności płciowej. Badany opowiada, że ma czworo rodzeństwa zdrowych; o żadnych chorobach umysłowych lub nerwowych w jego rodzinie nic mu niewiadomo. Jako dziecko nie przechodził żadnych ciężkich chorób, dobrze się uczył, samogwałtowi się nie oddawał, aż do ożenienia się nie obcował płciowo, gdyż nie czuł do tego żadnego pociągu. Zmazania nocne pojawiły się dopiero po ożenieniu, przyczem wzwód prącia był bardzo słaby, a wytrysk nasienia skąpy. Badanie przedmiotowe wykazało dobrą

budowę ciała, silnie rozwinięte mięśnie, powłoki skórne blade i delikatne, dalej dolichocephalia i wybitną asymetryę twarzy. Drżenia języka lub warg, zmian w mowie lub unerwieniu nie znaleziono. Odruchy prawidłowe, brak zmian w czuciu, brak napadów padaczkowych lub udarowych. Części płciowe prawidłowo rozwinięte, zwłaszcza pracie. Badany ożenił się przed czterema laty, żona jednak dotychczas jest *virgo intacta*. Nie czuje on pociągu do kobiet, a nawet kobieta naga nie robi na nim wrażenia. Z powodu zupełnego braku popędu płciowego obok nieistniejącego wzwodu prącia rozpoznał autor niezdolność płciową wrodzoną, wykluczywszy wszystkie inne przyczyny, któreby mogły ową niezdolność płciową w czasie życia płciowego wywołać. Chory nie czuł również pociągu do mężczyzn, temsamem nie można było myśleć o przewrotności płciowej. *Dr Horoszkiewicz.*

Piorkowski: **Prosty sposób pewnego rozpoznania duru**. *(Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 7, 1899). W ubiegłym roku przedstawił autor w towarzystwie lekarskiem w Berlinie sposób rozróżnienia prątka okrężnicowego *(bacterium coli commune)* od durowego zapomocą pożywek, zmięszanych z moczem. Prątek durowy rośnie na takiej pożywce na wszystkie strony wypuszczając długie, cienkie odnogi, natomiast prątek okrężnicowy zachowuje postać okrągławych, ostro ograniczonych grudek. Wadą sposobu było, że należało czekać aż dwie doby, aby się ujawnił rozrost prątków durowych. Autor pracował więc nad ulepszeniem sposobu chcąc skrócić czas, konieczny do wzrostu prątków. Mianowicie rozcieńczał pożywkę żelatynowo-moczową, ujmując żelatyny, a opierając się przytem na spostrzeżeniu Hausera, że *proteus* na pożywkach, zawierających mniej żelatyny, tworzy szybciej podobne wypustkowate odnogi. Najodpowiedniejszą okazała się pożywka, zawierająca 3·3% żelatyny, sporządzona w sposób następujący: Mocz dwudniowy, prawidłowy, mający ciężar właściwy 1,020, który tymczasem stał się już zasadowym, należy zmięszać z 0·5% peptonu, a 3·3% żelatyny; gotować przez godzinę w kąpieli wodnej i zaraz przesączyć (bez ogrzewania); napełniwszy tą pożywką próbówki i zamknąwszy w zwykły sposób watą, wyjałowić w parniku w 100° C. przez 15 minut; wyjałowienie należy powtórzyć dnia następnego przez 10 minut. Na tej pożywce wyrastają po mniej więcej 20 godzinach osady *bact. coli comm.* w ciepłocie stałej 22° C. w postaci żółtawych, okrągłych, ziarenkowatych wysepek, ostro odgraniczonych. Tymczasem prątek durowy przybiera kształt włókien, rozchodzących się promienisto, bezbarwnych, często poskręcanych wężykowato. Trzeba uważać, aby pożywka była stale w ciepłocie 22° C., bo inaczej prątek nie rozwija się dobrze. W stolcach prawidłowych nie znalazł autor nigdy żadnych prątków, któreby na nowej pożywce rosły tak, jak durowe. Stolce sztucznie zakażone prątkami durowemi, oraz stolce chorych na dur, dały w pożywce moczowej wyniki te same, co i czysta hodowla prątków durowych. Przy tych próbach szczepił autor do pierwszej próbówki z pożywką moczową dwa oczka stolca, a z tego 4 oczka do drugiej, 6—8 oczek do trzeciej próbówki. Już po 20 godzinach, obok zwyczajnych, w każdym stolcu zdarzających się *bact. coli comm.*, widać było osady durowe, rozrastające się na boki mnóstwem wypustek. Po 36 godzinach były już prątki durowe odosobnione na drugiej i trzeciej płytce. Dotąd próbował autor sposobu w czterech przypadkach duru, bo właśnie więcej przypadków nie miał. W każdym z nich w 20 godzinach można było rozpoznać dur. W jednym przypadku w początku drugiego tygodnia, kiedy próba Widala jeszcze się nie powiodła, szczepienie ze stolca rozstrzygnęło, że to był dur. W innym znowu przypadku jeszcze w 3 dni po ustąpieniu gorączki udała się ta próba na pożywce moczowej. Autor zachęca do dalszych prób ze swoją pożywką.

*Dr. Eljasz-Radzikowski.*

C. Beck: **Zapalenie wyrostka robaczkowego**. *(Appendicitis). (Samml. klin. Vortr. Volkmanna*, Nr. 221). Za pierwotną przyczynę, wywołującą wybuch tego cierpienia, uważać należy zaburzenia w krążeniu, sprowadzające obrzęk zastawki Gerlacha i zmiany w błonie śluzowej. W tych warunkach drobnoustroje (głównie *bact. coli* obok innych, zwłaszcza paciorkowca) nabierają własności chorobotwórczych i stają się przyczyną tej choroby, uważanej przez wielu za zakaźną, zbliżoną pod pewnym względem n. p. do zapalenia migdałków. Nie ulegające strawieniu ciała obce, które dostawszy się do wyrostka robaczkowego miałyby wywoływać jego zapalenie, zdają się odgrywać podrzędną rolę, gdyż autor na 207 operacyi znalazł zaledwie raz ziarno z winnego grona, raz ziarnko kminku, a 42 razy twarde grudki kałowe. Anatomicznie rozróżnia B.: *appendicitis simplex*, *obliterans*, *perforativa*, *suppurativa*, *gangraenosa*, *periappendicitis*, *pyappendix* czyli *empyema processus vermiformis*.

Rozpoznanie sprawy zapalnej, toczącej się w samym wyrostku robaczkowym, nie zbyt trudne, i opiera się na znanych objawach. Autor szczególniejszy nacisk kładzie na wypuk przytłumiono-bębenkowy nad odpowiednią okolicą. Natomiast rozpoznanie postaci anatomicznej, które głównie wpływać powinno na nasze postępowanie lecznicze, natrafia na nieprzezwyciężone trudności. Autor powiada otwarcie „*ignoramus*!" Klinicznie wyróżnia się postać przewlekła, w której amerykańscy lekarze rozróżniają „*ap. recurring*" i „*ap. relapsing*". W obu odmianach po napadzie wyczuwa się zgrubiały wyrostek, lecz w pierwszej objawów podmiotowych nie ma, w drugiej zaś przeróżne dolegliwości nieustannie chorym dokuczają. W rozpoznaniu mylono się często co do istoty samego cierpienia. Objawy bowiem zapalenia wyrostka robaczkowego podobne są do owych, jakie spotykamy w chorobach woreczka żółciowego, zapaleniu ropnem jajowodu, niedrożności jelit, kamicy nerkowej i wątrobowej, zapaleniu moczowodów, w durze; podobne dolegliwości sprawia także ciąża zamaciczna i t. p. Autor uważa zapalenie wyrostka rob. za chorobę ściśle chirurgiczną, a zatem zaleca, jako jedyny środek leczniczy, wycięcie wyrostka robaczkowego i to jak najwcześniej, o ile możności w pierwszych 24 godzinach, bo wtedy tylko jesteśmy panami położenia. B. sądzi, że przy takiem postępowaniu śmiertelność z zapalenia wyrostka, która przy leczeniu wewnętrznem dochodzi do 30%, obniżyćby się dała do 1%. Rozprawkę kończy autor dokładnym opisem techniki operacyjnej.

*Herman.*

Tchernow: **Zapalenie mieszkowe jelit** *(Enteritis follicularis)* **w wieku dziecięcym**. *(St. Petersburg. Wochft.*, Nr. 4, 1899). W niniejszej pracy stara się T. na podstawie własnego doświadczenia i literatury udowodnić istnienie zapalenia jelit mieszkowego *(enteritis follicularis)*, jako odrębnej postaci klinicznej. Przytacza więc 2 przypadki jego zdaniem niewątpliwego zapalenia mieszkowego, powołując się przytem na załączony obraz drobnowidowy (uzyskany z jelita dziecka zmarłego — dzień po wyjęciu gałki ocznej), w którym przy prawidłowej zresztą błonie śluzowej chorobowo zmienione są gruczoły odosobnione, kępy Peyera i gruczoły Lieberkühna. T. uważa zapalenie mieszkowe jelit za chorobę zakaźną, wywołaną przez prątek okrężnicowy *(bacterium coli commune)*. Obraz chorobowy i przebieg kliniczny może być bardzo różnym, począwszy od obrazu, jaki spotykamy w zwykłej prostej niestrawności, aż do ciężkiej czerwonki z durzycowymi objawami. Objawy ogólne i nerwowe świadczą o zakaźności tego cierpienia. Zapalenie mieszkowe odróżnia się od czerwonki i od *colitis* brakiem bólów w zatoce biodrowej lewej, brakiem wzmożonego oporu ponad kiszką zstępującą, wreszcie stolcami, które w zapaleniu mieszkowem zmieszane są z kałem, w czerwonce czysto śluzowe lub krwawe.

Choroba zwykle kończy się pomyślnie, — jednak odznacza się długiem trwaniem; między lekami na pierwszem miejscu wymienić należy środki przeciwgnilne i ściągające.

*R.*

C. Gerhardt: **Ręka chorego**. (*Samml. Klin. Vortr. Volkmanna* Nr. 231). Ręka nietylko wskazuje na pochodzenie i zatrudnienie, nietylko na charakter i usposobienie, ale

nierzadko już z samego wejrzenia i zachowania się ręki możemy wnosić o pewnych chorobach. Nadmiernie duża jest objawem akromegalii, w późniejszych znów okresach choroby skórnej zwanej *sclerema* staje się skutkiem zanikania skóry niezwyczajnie małą. Upośledzenie wzrostu jednej ręki spotykamy przy wrodzonym częściowym braku mózgu, w mózgowem i rdzeniowem porażeniu dziecięcem, w przypadkach uszkodzenia nerwów obwodowych w czasie porodu, czasami w *myositis ossificans*. Pewne wpływy niekorzystne, działające na ustrój już rozwinięty, wywołują znamienne porażenia i zaniki mięśni, że wymienimy tu: zatrucia arsenem i ołowiem, postępujący zanik mięśniowy Duchenna, *sclerosis lateralis amyotrophica*; potem porażenia nerwów, czy to skutkiem ucisku na nie, czy też ich przecięcia, przerwania etc.

A jak wiele mówi drżenie ręki! Dziwimy się, gdy starcowi ręka nie drży, a litujemy się, gdy drży młodemu, bo wtedy źrodła szukać trzeba albo w zatruciu ołowiem, rtęcią, alkoholem, lub w pewnych chorobach, jakoto: rozsianem stwardnieniu rdzenia, chorobie Basedowa, drżączce poraźnej. Znamienne znów ruchy widzimy w atetozie, pląsawicy i t. p. W ręce występuje też znana nerwica zawodowa t. z. skurcz pisarski. I w majaczeniach gorączkowych nie mały udział bierze ręka, jak to widzimy u gorączkujących w chorobach mózgu, w durze i t. p., którzy nieustannie wykonują pewne monotonne ruchy palcami. Nierzadkie są też zmiany odżywcze w powłokach ręki, jakie widujemy np. w syringomyelii, w trądzie z nieczułością, potem w zagadkowej zgorzeli symetrycznej. Dla histeryi cechujące są zmiany w czuciu na jednej ręce. Od zmian w nerwach naczyniowych zależą różne akroparestezye na ręce jak: *leukomelalgia i erytromelalgia*. U ludzi charłaczych żyły na grzbiecie ręki zaledwie są dostrzegalne; przeciwnie zaś u ludzi krwistych, z wadami serca lub rozedmą płuc te same żyły zarysowują się wyraźnie, jako grube postronki. Znanem jest również znamienne stwardnienie tętnicy sprychowej w miażdżycy tętnic, a znaczne napięcie jej ścian u cierpiących na przewlekłe zmiany nerek. Od dawna spostrzeganym objawem jest pałeczkowate zgrubienie końcowych członków palcowych; spotykamy je przy rozszerzeniach oskrzelowych, w gruźlicy płuc, w pewnych wrodzonych wadach serca, a wyjątkowo przy nowotworach śródpiersia. Anatomicznie zgrubienia te zależą przeważnie od zmian w częściach miękkich i powstają prawdopodobnie skutkiem zaburzeń w krążeniu. O pewnych chorobach przebytych lub toczących się świadczą także paznokcie, które w ciężkich cierpieniach okazują poprzeczne prążkowanie. Prócz tego pewne choroby skórne jak: pęcherzyca, łuszczyca, wyprysk nie pomijają i paznokci. Skóra ręki wystawiona na bardzo liczne wpływy podlega często i różnym cierpieniom miejscowym, a choroby ogólne, skutkiem tych niekorzystnych warunków tu się silnie zaznaczają.

Wymieniamy: zapalenie stawów zniekształcające, dna, pellagra, czasami przymiot i t. d.

I tak owa „owa niema mowa ręki, mówi lekarzowi, który ją pojmuje, bardzo wiele, co oszczędza niepotrzebnych pytań, lub też skierowuje wywiady w pewnym kierunku i je usprawiedliwia“. *Herman.*

Prof. Krönlein: **O kraniometrze.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1899 Nr. 1). Celem szybkiego rozpatrzenia się w topografii czaszki, podaje K. bardzo prosty przyrząd, kraniometr. Składa się on z metalowej wstążki poziomej dolnej i stale do niej przymocowanej wstążki prostopadłej środkowej. Do tych dwóch blaszek stałych przymocowane są ruchomo przednia i tylna blaszka prostopadła, blaszka pozioma górna i blaszka ukośna z kątomierzem. Do blaszki poziomej dolnej, a mianowicie do jej wewnętrznej powierzchni przymocowany jest stale czopek, który przy zastósowaniu przyrządu wkłada się w przewód słuchowy zewnętrzny; blaszkę poziomą dolną układa się w *linea horizontalis auriculo-orbitalis*, skutkiem czego stała blaszka prostopadła środkowa sama przez się leży w *linea verticalis articularis*. Przesuwamy następnie blaszkę prostopadłą przodkową ponad środek łuku jarzmowego i naznaczamy w ten sposób *linea verticalis zygomatica*, a blaszkę prostopadła tylną przesuwamy poza wyrostek sutkowy i mamy zaznaczoną *linea verticalis retromastoidea*. Z porządku przesuwamy górną blaszkę poziomą na wysokość brzegu nadoczodołowego *linea horizontalis supra-orbitalis*. Blaszkę skośną ustawiamy w miejscu skrzyżowania się górnej poziomej i przedniej prostopadłej i skierowujemy ją ku punktowi, jaki powstaje ze skrzyżowania się blaszki prostopadłej tylnej ze szczytem czaszki. Blaszka ta między środkową i tylną prostopadłą odpowiada t. z. *linea Rolandi*, a linia połowiąca kąt, jaki obecnie tworzy blaszka ukośna z górną poziomą, odpowiada *linea Sylvii*. Nadto miejsca przecięcia się linii prostopadłej przodkowej i tylnej z górną poziomą odpowiadają miejscom, w których należy trepanować, gdy chcemy usunąć krwiaki z tętnicy oponowej średniej, a czworobok zamknięty przez środkową i tylną prostopadłą i przez obie poziome, odpowiada miejscu, z którego Bergmann odsłania płat skroniowy. *Hermann.*

L. Knöspel: **Przyczynki do leczenia płonicy.** (*Prag. Med. Woch.* nr. 5, 6. 1899). Na podstawie materyału, zebranego w klinice dziecięcej w Pradze, stał się autor zwolennikiem stósowania zabiegów wodoleczniczych w płonicy, a mianowicie stosuje on zmywania, natryski i zawijania — zimne, kąpiele różnej ciepłoty, wyjątkowo zlewania zimne głowy. Zwykle używano najpierw zabiegów łagodnych, później przechodzono do energicznych. Stósowano więc zawijania w zimne prześcieradła (nawet 10 razy w ciągu doby) i często zauważano spadek ciepłoty, uspokojenie i sen.

Gdy ten zabieg nie przyniósł poprawy, dawano kąpiele na 28°—26° R., które potem przez dolewanie zimnej wody obniżano aż do 22° R., lecz nie niżej. W przypadkach powikłania płonicy z nieżytem oskrzeli lub z ogniskowem zapaleniem płuc, zlewano w ciepłej kąpieli klatkę piersiową letnią wodą (22° R.), a to w tym celu, aby pobudzić chorego do głębszych wdechów. Z 30 przypadków, w których zastosowano zabiegi wodolecznicze, zmarło 12 (40%), mimo to jednak K. oświadcza się za tym sposobem leczenia, gdyż zauważył bezpośrednio po zabiegach znaczną poprawę ogólnego stanu, oprzytomnienie, poprawę tętna itd., a wysoki odsetek śmiertelności odnosi do ciężkości choroby, — byle tylko w leczeniu wodą indywidualizować i trzymać się pewnych wskazań.

Nie zauważył szkodliwego wpływu zabiegów na nerki, gdyż odsetek chorych, którzy po leczeniu wodą zapadli na następowe zapalenie tego narządu wynosi 10%, podczas gdy u leczonych innymi sposobami wynosi 23%.

Autor występuje przeciw rozpowszechnionemu mniemaniu, jakoby dyeta wyłącznie mleczna chroniła od występowania zapalenia nerek po płonicy. Zdaniem jego pojawianie się zapalenia nerek pozostaje w niewytłómaczonym dotąd związku z charakterem epidemii, dlatego nie waha się u dzieci, które mleka nie znoszą, zaraz w początkach choroby podawać skrobiowate pokarmy, rosoły, a od 3 tygodni jaja i mięso. *Raczyński.*

Dr. Oskar Hildes: **Leczenie kiły wstrzykiwaniami nierównych dawek sublimatu.** (*Allgemeine Wiener med. Zeit.* Nr. 6. 1899). Metoda leczenia kiły zapomocą wcierań rtęciowych, ma, zdaniem autora, same ujemne strony. Daleko korzystniej jest wprowadzać rtęć do ustroju drogą wstrzykiwań. Z przetworów rtęciowych najlepsze są rozpuszczalne, a z tych sublimat. Czy wstrzykiwanie 1%-ego sublimatu, według Lewina, lub 2%-ego według Lassara, lub wreszcie 5% według Łukasiewicza, może zadowolnić lekarza? Nie, bo wprowadza się do ustroju zawsze te same ilości rtęci bez względu, czy kiła w danym przypadku ma przebieg cięższy, czy lżejszy; nie można dalej brać pod uwagę, co jest rzeczą w leczeniu rtęcią bardzo ważną dla całego ustroju, jego większej lub mniejszej odporności; nieuniknione jest w końcu wprowadzenie do organizmu większych ilości rtęci, niż przebieg kiły w danym przypadku tego wymaga.

Wszystkich tych stron ujemnych pozbawiona jest metoda Dr. Hildesa, stosowana w 155-ciu przypadkach kiły. Po wystąpieniu objawów ogólnej kiły wstrzykuje autor 1%-wy roztwór sublimatu; po jednodniowej przerwie 2%-owy; po dwudniowej 3%. Jeżeli przebieg kiły tego wymaga, stosuje po trzech dniach 4%-owy, a jeżeli konieczność zmusza, to po czterech dniach 5%-owy. W przebiegu lżejszym kiły objawy chorobowe wśród tego dawkowania ustępują i w tych przypadkach po 7-dniowej przerwie przechodzi autor do roztworu 4%-ego, dalej 3%-ego, 2%-ego a w końcu 1%-ego z temi samemi przerwami, z jakiemi zwiększał dawki. Nie zawsze jest rzeczą konieczną dochodzić aż do 5%-ego roztworu sublimatu; w lekkich przypadkach wystarcza dojść do 3%-ego roztworu, a następnie w sposób podany zejść do 1%-ego roztworu. W przypadkach bardzo ciężkich przyjdzie kilkakrotnie wstrzykiwać w odpowiednich przerwach 5%-owy roztwór, nim zejdzie się do roztworu 1%-ego. Przeciętnie stosował autor 7·3 injekcyj, wprowadzając 207 miligramów rtęci, a całe leczenie trwało przeciętnie 34·5 dni.

*Dr. Majewicz*

Péré: **O kiśnieniu w pęcherzu.** *(Arch. de méd. et de pharm. mil.* T. 29). U mężczyzny 38-letniego istniał mętny mocz od czasu przebytej rzeżączki (3 lata), w 3 ostatnich miesiącach zaś mocz mętny pienił się (musował) po oddaniu, jak piwo. P. wykazał w nim znaczną zawartość cukru, a kiśnienie, jako przyczynę musowania, odniósł do działania *bac. coli com.*, który w hodowlach także powoduje kiśnienie cukru, tworząc jednak indol tylko przy obecności *bac. subtilis.*

*F. K.*

J. Loeb. **O działaniu fizyologicznem rozcieńczonych alkaliów i kwasów.** *(Pflüger's Arch. f. d. g. Phys.* T. 73). Autor badał działanie tych środków na wymoczkach *(infusoria)* opatrzonych w rzęski i stwierdził, że roztwory ługu sodowego przedłużały ich życie mimo odciągnięcia tlenu, kwasy zaś, nawet bardzo rozcieńczone, przyspieszały śmierć, — dalej, że przy dodaniu ługu i w ciepłocie 40° wymoczki dłużej znacznie żyły, niż w cieczach obojętnych i kwaśnych. Ług sprowadzał także większą odporność przeciw działaniu trucizn, jak sinek potasu lub atropina. Przy dodaniu 2 ccm. norm. ługu sodowego do wody morskiej rozwijały się płody ryb znacznie szybciej, podczas gdy w kwaśnych roztworach rozwój był nader wolny. Przychodzi więc L. do wniosku, że ługi w stanie rozcieńczonym przyspieszają sprawy utlenienia w tkankach zwierzęcych, podczas gdy kwasy działają przeciwnie.

*F. K.*

Prof. Langerhans: **Poród pośmiertny (w trumnie).** *(Vjschr. f. g. M.* T. XVII Z. 1. 1899). Autor miał sposobność śledzić przebieg porodu pośmiertnego, nadający się do ocenienia tego dotychczas jeszcze nie zupełnie jasnego objawu z tego względu, że trup nie był dotknięty zgnilizną, a płód jeszcze prawie w całości pozostawał w łonie matki. Przypadek ten tyczył się kobiety zmarłej na gruźlicę płuc, u której za życia żadnych bólów nie zauważono, pierwsze zaś oznaki przebiegającego porodu wystąpiły dopiero w 60 g. po śmierci. Langerhans przypuszcza, że każdy poród pośmiertny rozpoczyna się jeszcze za życia, w tym jednak okresie, kiedy umierająca nie odczuwa już bólów, lub nie zdaje sobie z nich sprawy, dalszy zaś mechanizm porodowy odbywający się po śmierci o tyle jest niedostateczny, że zachodzi brak działania tłoczni brzusznej; i tu, zdaniem autora, szukać należy przyczyny, z powodu której płód tak długo w łonie matki pozostaje. Przyczynami wpływającemi na ukończenie porodu w tych przypadkach, gdzie płód jest mały lub niedonoszony, są czynniki działające od zewnątrz jak np. wstrząsanie trupem przy przenoszeniu, przewożeniu itp.; w przypadkach zaś, gdy płód jest donoszony, a główka duża, przyjmuje na się rolę tłoczni brzusznej prężność gazów gnilnych, przyczem nieraz zauważyć można także wypadnięcie macicy, co odnieść należy do zwiotczenia wśród ciąży zbyt napiętych jej więzadeł.

*Dr. Horoszkiewicz.*

## VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Ricinum. Cornevin podaje, że przez dwugodzinne ogrzewanie do 100° C. roztworu tego nadzwyczaj trującego środka, można otrzymać ciało, które wstrzyknięte podskórnie działa skutecznie przeciwko zatruciu nasieniem rycinusowem, w każdym zaś razie uodpornia ustrój na czas jakiś przeciw temu zatruciu.

Sal anaestheticum Schleicha. Znaną już powszechnie mięszaninę kokainy, morfiny i soli kuchennej, używaną w trzech różnych stosunkach do znieczulań w chirurgii, wyrabia Merck w postaci kołaczyków (tabletek). Jeden kołaczyk rozpuszcza się w 100 cnt.³ wody gotowanej przekroplonej.

Salolum tribromatum (Cordolum) $C_6H_4OH,COO.C_6H_2Br_3$. Jest to proszek biały, bez smaku i woni, nierozpuszczalny w eterze i wyskoku, łatwo rozpuszczalny w chloroformie i occie. Rosenberg i Dasonville podają, że trójbromek salolu jest dobrym środkiem nasennym. Dawka 1—2 grm. sprowadza w krótkim czasie sen spokojny, nawet przy silnych bólach. Przypadkowo wykryto i drugą własność tego przetworu: działa on mianowicie tamująco przy krwawieniach wśród miesiączki (menorrhagia).

Sanatolum jest to mięszania kwasu siarkowego z kresolami a przedstawia się jako istota czarno-brunatna, prawie płynna, silnie kwaśna, zapachu kresolu, mięszająca się z wodą w każdym stosunku. Według E. Bolina służyć może do odkażania plwocin, kału i t. d., w czem jednak chyba ani surowego kwasu karbolowego, ani siarkowego nie przewyższa.

Sanoformum, znany już i polecany przez Radziejewskiego środek w leczeniu oka, znajduje coraz więcej zwolenników i zwolna zastępuje jodoform. Jego bezbarwność, brak woni i ta okoliczność, że ustroju nie zatruwa, jakoteż i to, że można go ogrzać do bardzo wysokiej ciepłoty, co pozwala na wyjałowienie, stawiają go ponad jodoformem.

Zasypują nim rany, owrzodzenia, czyraki, zastrzały; stosują go w postaci 10% maści na przetoki i rozpadliny z bardzo dobrym skutkiem; można też używać sanoformowej, wyjałowionej gazy. Mracek zaleca sanoform przedewszystkiem przy bubonach i wrzodach podudzia.

Sanosa jest to mięszanina 80% kazeiny i 20% albumozy, a przedstawia się jako proszek biały, bez zapachu i smaku, z wodą dający zawiesinę.

Podobnie jak somatosa, nutrosa, eukuasina, jest i sanosa, według Schreibera i Waldvogla, środkiem dobrym do żywienia chorych. Podaje się ją w krwotokach żołądkowych, durze, niedokrewności, rozmiękczeniu kości, suchotach, niedożycie szczytów, kile i raku. Do pół litra mleka lub kakao daje się 20,0—50,0 grm. sanozy lub 5,0 grm. na talerz zupy.

Sperminum Poehlii. Środek już znany od lat kilku, polecany przez wielu wybitnych klinicystów jako czynnik regulujący przemianę materyi i przyspieszający wydalanie gromadzących się wytworów rozkładu.

*Dr. Żychoń.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Noguès *(Ann. de mal. d. org. gen. urin.* 1898. 8) wstrzykuje do pęcherza przy krwawieniu skutkiem nowotworu wyjałowiony 5% rozcz. żelatyny w fizyol. rozcz. soli kuchen. w ten sposób, że po dokładnem przepłókaniu pęcherza wpuszcza najpierw małe ilości i wypuszcza je napowrót, w końcu zaś wstrzykuje ilość większą aż do zupełnego wypełnienia pęcherza przez co krwotok odrazu się tamuje.

*F. K.*

Na mocy 140 przyp. liszaja żrącego, leczonych na osobnym oddziele szpitala w Kopenhadze metodą Finsena (działanie promieni pozafioletowych), stwierdza S. Bang *(Mon. f. p. Derm.* 1899. 1), że nawet w najcięższych przypadkach poprawę otrzymać można, a niedogodność przedstawia tylko długość leczenia, które (chociaż nie bolesne) trwa najczęściej 2—4 miesięcy, ale nierzadko przy codziennem nawet naświetlaniu, przeciąga się do 1—2 lat.

*F. K.*

H. Stelwagon (*Amerik. Pract.*, 1898) zwraca uwagę na znany szczegół, że u niektórych ludzi po wyjściu z kąpieli często powstaje silny świąd lub pieczenie, zwiększające się jeszcze przez drapanie — i twierdzi, że trafia się to przedewszystkiem u ludzi ze skłonnością do pokrzywki, a więc u nerwowych i cierpiących na choroby przewodu pokarmowego, lub ze skazą dnawą. Chociaż lekarz w tych wypadkach jest prawie bezsilnym, radzi S. do kąpieli używać wody tylko letniej, mydła w małej ilości; obsuszanie zapomocą miękkiej bielizny (jednak dokładne, gdyż skóra nieobsuszona jeszcze znaczniej swędzi), a w niektórych przypadkach dodanie nieco soli (do ciężaru gat. krwi) działało zapobiegawczo. Kąpiel powinna trwać krótko, a gdy świąd wystąpi, stosować należy puder lub lekkie nacierania gliceryną albo lanoliną, do czego dodać można nieco kw. karbolowego lub tymolu, nie zapominając jednak o zwróceniu uwagi na cierpienia ogólne. *F. K.*

Dr. Mosbacher: „Aneson", środek zastępujący kokainę w znieczulaniu miejscowem sposobem Schleicha i Obersta. (*Münch. med. Wchschr.*, 1899, Nr. 3). Aneson, jest to około 2% roczczyn wodny alkoholu trichlorpseudobutylowego (czyli acetonchloroformu) i już jako taki, sprzedawanym bywa gotowy do bezpośredniego użycia. Używać go można do znieczulań przez nacieczenie, jako też do znieczulania obszarowego (Obersta). Prócz pewności w działaniu zaleca się tem, że jest nietrującym i nie sprawia bólów następowych. *Herman.*

## VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

**Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1899 r.**

Przewodniczący: kol. Prof. Gluziński. Obecnych członków 51.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego kol. przewodniczący w krótkich słowach dziękuje za dokonany wybór i zwraca się do zgromadzenia z prośbą o ożywienie ruchu naukowego w Sekcyi.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

W dyskusyi nad odczytem kol. Hojnackiego pod tytułem: »Przypadek ciężkiej gorączki połogowej leczony surowicą Marmorka«, wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu, zabierali głos: koll. Bylicki i prelegent.

Kol. A. Gluziński mówił o zapaleniu tętnicy głównej i przedstawił odpowiednich chorych. — (Rzecz będzie ogłoszona w całości drukiem).

W dyskusyi zabierali głos: koll. Widman, Lesław Gluziński i prelegent.

Po posiedzeniu odbyło się zebranie koleżeńskie.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie zwyczajne z dnia 1 marca, 1899 r.**

Przewodniczący: kol. Prezes Prof Pieniążek. — Członków obecnych 20.

Przewodniczący zawiadamia o śmierci kol. Wiszniewskiego i Długołęckiego. Obecni przez powstanie oddają cześć ich pamięci.

Przewodniczący zawiadamia o rezygnacyi kol. Prof. Trzebickyego z przewodnictwa w Komisyi do roczników Virchowa Hirscha. Uchwalono — zgodnie z wnioskiem Komitetu wyrazić Prof. Trzebickyemu za jego pracę podziękowanie, a na miejsce jego zaprosić Profesora Wachholza.

Do Komisyi budowy domu, w miejsce czterech członków, którzy z niej ubyli, mianowicie: kol. Marsa, Rydygiera, ś. p. Rydla i Wiszniewskiego, wybrano kolegów: Bielańskiego, Bujwida, Poniklę i Wachholza.

Na członków czynnych uchwalono przyjąć kol.: Stanisława Boczara i Rafała Landaua.

Kol. Lewkowicz mówił: »O wrodzonych wadach pępka«. Wszystkie te wady dadzą się wytłómaczyć zarodkowym rozwojem pępka i pępowiny. Nastąpiło przedstawienie 3½-letniego chłopca z kliniki pedyatrycznej z wrodzoną przetoką pępkowo-jelitową. Według podania rodziców u chorego tego po odpadnięciu pępowiny wydzielała się stale z pępka ciecz mętna, zielonawa. Przed tygodniem chory zaczął się skarżyć na bóle w okolicy pępka, rodzice zauważyli wtedy, że z pępka wydobywa się koniec glisty i oddali chorego do kliniki. Chory gorączkował, ciepłota dochodziła do 39·5° i opadła dopiero wtedy, gdy otworem, znajdującym się na szczycie pępka wielkości główki od szpilki. wyjęto zapomocą szczypczyków na dwa zawody sześć glist. Zgłębnik można było wprowadzić przez otworek w pępku w kierunku prostopadłym do powierzchni brzucha na 8—9 ctm. Jako względnie uleczony, chory opuścić ma klinikę. Kol. Lewkowicz przedstawił jeszcze rysunki dwóch cierpień wrodzonych pępka, spostrzeganych w klinice pedyatrycznej w r. 1898. W pierwszym była to przepuklina pępkowa wrodzona wielkości jabłka. Jelito wypadnięte znajdowało się w worku utworzonym przez owodnią i otrzewnę i, co jest ważnem ze względu na etyologię cierpienia i zabiegi lecznicze, krezka tego jelita połączona była z wewnętrzną powierzchnią worka przepuklinowego, krótką, lecz szeroką taśmą, która uniemożebniła cofnięcie się jelita do jamy brzusznej, a była widocznie wynikiem miejscowego zapalenia otrzewnej w czasie pierwszych tygodni życia płodowego. Jelita wypadnięte były pokryte zielonawymi złogami, to też zabieg operacyjny skończył się niepomyślnie i chora umarła skutkiem posokowatego zapalenia otrzewnej.

W drugim przypadku końcowa część pępowiny była wypełniona, nie jak prawidłowo nieunaczynioną galaretowatą tkanką, lecz włóknistą. To też ta część pępowiny nie odpadła i pokryła się po oddzieleniu z niej owodni ziarniną. Twór nieprawidłowy usunięto przez podwiązanie i odcięcie.

Kol. Prof. Jakubowski zaznacza, że nie zawsze rozpoznanie przetoki pępkowo-jelitowej jest tak łatwe, jak w przypadku przedstawionym. Wölfler n. p. spostrzegał przypadek przetoki pępkowej, z której wydobywała się treść kwaśna, zawierająca pepton tak, że można było myśleć o przetoce żołądkowo-pępkowej. Co do leczenia, to Wölfler starał się usunąć cierpienie przez wyciągnięcie częściowe błony śluzowej na zewnątrz i jej wycięcie. Przy tem postępowaniu jednak podobnie, jak po przyżeganiu przewodu, zarasta tylko część obwodowa przewodu, część zaś łącząca się z jelitem pozostaje otwarta, może się w niej gromadzić i zalegać treść jelita, a to znowu może być przyczyną miejscowego zapalenia otrzewnej.

Kol. Prof. Kostanecki zwraca uwagę, że przetok pępkowych wrodzonych, tak jelitowej jak pęcherzowej nie można uważać za wynik prostego zatrzymania się w rozwoju Przewód żółtkowy, którego utrzymanie jest powodem powstania pierwszej przetoki, zanika w ten sposób, że początkowo ma on równy przekrój z jelitem, nie rozwija się jednak następnie, podczas gdy jelito rośnie i staje się w ten sposób, ale tylko w stosunku do powiększającego się jelita, coraz cieńszym. Dopiero później zamyka się on i przerywa. Jeżeli zatem przy urodzeniu znajdziemy przewód o obszerności jelita, to nie było tu prostego zatrzymania się w rozwoju, lecz rozwój nieprawidłowy. Jeszcze wybitniej okazuje się to na przetoce pęcherzowo-pępkowej. Omoczna (allantois), której utrzymanie w stanie drożnym jest podstawą tej przetoki tylko u zwierząt ssących, dochodzi w rozwoju płodowym do pępka i pępowiny. U człowieka tak się nie dzieje: do pępka dochodzą tylko naczynia omocznej. ona zaś sama, jako małe wypuklenie dolnej części przewodu pokarmowego, kończy się ślepo w tkance łącznej, otaczającej początek tych naczyń.

Kol. Kryński nadmienia, że operował w klinice chirurgicznej przed kilku laty przypadek wrodzonej przepukliny pępkowej u dziecka ½-rocznego, przysłanego z kliniki prof. Jakubowskiego. Po otwarciu brzucha okazało się, że istniał postronek, łączący pępek z jelitem cienkiem, na obu swych końcach zarosły, a tylko w środkowej części drożny. Badaniem mikroskopowem udało się uwydatnić oddzielne warstwy jelitowe w ścianie tego przewodu. Przewód wycięto, ścianę brzuszną zeszyto i sprawa zakończyła się zupełnem wyleczeniem.

Kol. Bier omówił: »Nowsze sposoby odkażania przestrzeni«. Nastąpiło przedstawienie przyrządów służących do odkażania mieszkań zapomocą formaliny: lampki Krehla, kociołka Trillata, przyrządu Aronsohna i Lingnera. Doświadczenia, wykonane przez innych i przez prelegenta, wykazały, że zapomocą tych przyrządów można w najlepszym razie osiągnąć tylko powierzchowne odkażenie, przyczem najlepiej działa przyrząd Lingnera, a drugim z rzędu jest Trillata. Prątki pod grubszem przykryciem, n. p. sukna, koca, poduszki, prątki w grubszych

warstwach wydzielin, w błonach dyfterycznych, nie ulegały zabiciu. Prątki nie pokryte ulegały zabiciu, jeżeli chodziło o rodzaje nie wytwarzające zarodników. Przeciwnie, n. p. zarodniki wąglika, prawie zawsze zachowały żywotność.

Kol. Prof. Bujwid podnosił, że w sprawie zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych, najważniejszą rzeczą jest odosobnienie samego chorego. Ważnem jest także odkażenie tych mianowicie przedmiotów, z którymi chory bezpośrednio się styka, a więc ubrania, bielizny, pościeli. Otóż tutaj właśnie musimy się uciekać do dawnych sposobów odkażania, a formaliny możnaby co najwyżej użyć do odkażenia samego mieszkania, sal szpitalnych, lub szkolnych.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. Ciechanowski i Bądzyński.

Sekretarz doroczny. *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

## VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

### Kilka słów w sprawie ograniczenia rozszerzania się kiły między ludnością wiejską.

Ostatnie sprawozdanie krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi stwierdza, że między właściwą ludnością wiejską kiła szerzy się w powiatach brodzkim i stryjskim, szczególniej zaś grasuje na naszem Pokuciu i w górach. Obejmuje tu ona jedną masą tak rozległe powiaty, jak: bohorodczański, nadwórniański, kołomyjski, peczeniżyński i kosowski. Przeważna część chorych w tych wymienionych powiatach leczy się w szpitalu kołomyjskim, jedynym na całe Pokucie, który wykazuje też rocznie 40% kiłowych. Składają się na tę liczbę przeważnie wieśniacy z okolicy Kołomyi, oraz z powiatów peczeniżyńskiego i kosowskiego. Chorych zwykle dostajemy z objawami drugorzędnymi i głównie stwierdzamy rozpadliny, grudki i kłykciny na błonie śluzowej ust, gardła i na języku. Uderzającą jest ta okoliczność, że między zakażonymi spotyka się w $^1/_3$ części dzieci, dalej dziewczęta i chłopców nieletnich, a to w wieku, kiedy zwykły sposób zakażenia się kiłą jest wykluczony. Zarazem z wywiadów dochodzi się do wniosku, że wszyscy nieletni, a także i pewien mały odsetek osób starszych, nabawia się tej choroby w ten sposób, że wieśniacy nasi, mieszkając razem w ciasnych izbach, używają wspólnie jednych i tych samych naczyń. Z jednej misy jedzą, jednym garnuszkiem lub „kwartą" wodę piją, nie znając groźnego znaczenia kiły, ani jej zaraźliwości, w którą nie wierzą. Tylko pewna część zapadłych na kiłę leczy się u lekarzy i w szpitalu; druga udaje się naprzód do znachorów i bab, znających się na „podkurzaniu". Z tego powodu było w szpitalu kilka przypadków nadzwyczaj silnego zapalenia jamy ustnej i to nawet u osób wcale niedotkniętych kiłą, u których ci niepowołani przyjaciele ludzkości dopatrzyli nieistniejącej kiły.

Znaczna część kiłowych znowu wcale się nie leczy; to też spotykamy tak „piękne okazy" kiły trzeciorzędnej, że pozazdrościłyby nam ich i światowe kliniki na Zachodzie. Nie potrzebujemy bliżej zastanawiać się nad tem, do jakiego stopnia tym sposobem zwyradnia się ludność pokucka i górska, a kiłę obok gruźlicy należy w naszych stosunkach poczytać za znacznie większą klęskę, niż cały szereg takich chorób nagminnych, jak dur, ospa, błonica, płonica i t. d., — pomimo, że kiła nie sprowadza bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia. Ludzie mało się leczą, dostają licznych nawrotów i objawów kiły 3-rzędnej; w tym stanie, żeniąc się, płodzą dzieci wyposażone nietyle ziemskimi dostatkami, ile kiłą dziedziczną; a w takich zniszczonych organizmach tem łatwiej wylęga się gruźlica, zołzy i inne choroby, gdyż ustrój mniej odpornym się staje.

Z gruźlicą nie łatwo nam walczyć sposobem, wskazanym przez społeczeństwa więcej oświecone i więcej bogate, t. j. walczyć zakładami sanatoryów i wysyłaniem chorych do miejscowości górskich i lesistych; ale byłby to już krok naprzód, gdybyśmy przynajmniej wszczepili w nasz naród przekonanie o zaraźliwości wielu chorób i skłonili go do ostrożności przez odosobnienie chorych. Jak długo to przekonanie nie stało się własnością umysłową naszego ludu, — tak długo i same ustawy i połowicze ich wykonanie nie pomogą wiele. Ten właśnie środek mógłby być skutecznym i do opanowania kiły. Chorobę tę uważać należy za ciężką i niebezpieczną, a wychodząc z tego stanowiska trzeba ją tępić energicznie, jak to miało miejsce n. p. podczas cholery. Więc należy nasamprzód pouczyć lud dostępnymi opisami o groźnej doniosłości tej choroby i rozesłać takie pouczenia wójtom, księżom, nauczycielom, t. j. ludziom, stykającym się bezpośrednio z ludem. Pouczenie takie miałoby zawierać opis choroby, wyraźne zaznaczenie jej zaraźliwości tudzież przedstawienie koniecznego odosobnienia dotkniętego kiłą; dalej — objaśnienie o szkodliwych następstwach dla nieleczących się, lub leczonych przez partaczów, a jednocześnie pouczenie o konieczności leczenia się racyonalnego pod dozorem lekarza, zwłaszcza w szpitalu, który dla klasy ubogiej jest jedynem i najodpowiedniejszem miejscem dla zwalczania kiły. Pouczenie takie przydałoby się i księżom w takich wsiach, w których jest większa liczba kiłowych, zwłaszcza ze względu na sposób udzielania św. Komunii w obrządku grecko-katolickim, gdzie jedną łyżeczkę wprowadza się do ust całemu zastępowi. Zwróciłem na to uwagę jednego księdza z okolicy Kołomyi i zaproponowałem mu, aby przy św. Komunii nie dotykał się ust łyżeczką, tylko przechylonemu nieco w tył głową, z nieznacznej odległości, wlewał zawartość łyżeczki do ust. Ksiądz ten był sam zadowolony z tej rady, również i parafianie.

Dalej ważną jest rzeczą systematyczna i nieustająca kontrola, wykonywana przez lekarzy powiatowych i okręgowych po wsiach zakażonych, w celu odstawienia względnie przymusowego chorych do szpitala. Do miejsc szczególniej nawiedzonych tą chorobą powinien być wydelegowany umyślny lekarz, któryby się zajął temi zarządzeniami w celu ograniczenia zarazy. W tym celu winniby lekarze, tudzież urzędy gminne donosić o przypadkach kiły między ludnością wiejską; z drugiej strony mógłby szpital lekarzom tym przesyłać miesięczny wykaz kiłowych, wypuszczonych ze szpitala, a to dla leczenia częstych nawrotów w ciągu około dwóch lat, licząc od pierwszego zakażenia.

Pożądanym byłby również ostrzejszy nadzór nad partaczami. W końcu staje się konieczną potrzebą zwiększenie liczby łóżek w szpitalach. Tak n. p. szpital kołomyjski, wystawiony przed 70 laty na 70 łóżek, a zdolny pomieścić podług dzisiejszych wymagań hygieny czterdzieści kilka, wykazuje dzienny stan chorych nad 100, a czasami i więcej; jest stale przepełniony kiłowymi. Wskutek tak niekorzystnych warunków opóźnia się leczenie i rekonwalescencya, a czasami musi się wypuszczać chorych niezupełnie wyleczonych, by umożliwić przyjęcie dotkniętych ciężką chorobą.

Słusznie podniósł w swym wykładzie wstępnym we Lwowie prof. Mars, że w krajach, dobrze uorganizowanych i dobrze gospodarowanych władze czy to rządowe, czy też krajowe starają się rozwijać dobrobyt, umoralnienie, podnosić poziom ogólnego wykształcenia, zaprowadzają różne urządzenia sanitarne, tłumią epidemie i t. d. Czynią zaś to ze względów czysto utylitarnych, bo tym sposobem zwiększają ilość wytwórczej pracy, a tem samem zwiększają siłę podatkową kraju, który też będzie wydatniejszym, bogatszym, jeśli ludność będzie posiadał silniejszą, zdrowszą i zdolniejszą do pracy.

Miejmy nadzieję, że i nasze władze przyczynią się do ograniczenia tak strasznej choroby, jak kiła, chociażby ze względów humanitarnych, a stoimy w progu wieku XX, który ma być wiekiem humanizmu.

*Dr. Zenobiusz Lewicki.*

## IX. Wiadomości bieżące.

*Kraków, 23 marca 1899 r.*

Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza, w dniu 17 marca b. r. odbytem:

1. Dr. Wachtel przedstawił i objaśnił *a*) 2 przypadki trepanacyi czaszki z powodu powikłanego złamania kości czaszkowych; *b*) przypadek trepanacyi czaszki z powodu zapalenia ucha środkowego.

2. Dr. Sołtysik przedstawił: *a*) chorego po wyłuszczeniu mięsaka przedramienia wraz z całą kością łokciową (rana zagojona); *b*) chorego z mięsakiem barku; *c*) chorego z ranami miażdżonemi obu podudzi, drążącemi aż do stawów kolanowych; *d*) chorego z raną postrzałową podudzia; *e*) chorego z raną w okolicy kolana.

3. Dr. Sternbach przedstawił 4 przypadki kiły złośliwej godne uwagi. *P.*

Z Sejmu. Na posiedzeniu 20 b. m. polecił Sejm Wydziałowi krajowemu, aby bezzwłocznie nawiązał rokowania z rządem, co do zwalczania kiły w powiecie kosowskim i wezwał rząd do utworzenia specyalnego dla kiły szpitala, na wzór szpitala w Porto-Ré, zbudowanego z funduszów skarbu państwa w tym samym celu. Prócz tego uchwalił Sejm zbudowanie nowego domu administracyjnego przy szpitalu powszechnym w Żółkwi. Sejm przyjął do wiadomości sprawozdanie Departamentu V-go Wydz. kraj. za rok 1898. Uznając potrzebę budowy Zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi, wzywa Sejm Wydział krajowy do poczynienia w tej sprawie potrzebnych przygotowawczych czynności; jednocześnie wzywa Sejm Wydział krajowy do rozpoczęcia rokowań z rządem, celem utworzenia w Galicyi dwóch nowych szkół akuszerek.

* W pragskim Zakładzie dla anatomii patologicznej odbyła się w ścisłym kółku serdeczna uroczystość: współpracownicy i czciciele prof. Hlawy, dla uświetnienia 15-letniej pożytecznej jego pracy profesorskiej, ofiarowali mu portret pędzla Schussera.

* Wystawa przedmiotów, służących do pielęgnowania chorych odbędzie się w Berlinie od 20 maja do 18 czerwca i nosić będzie na sobie cechy wystawy naukowej.

* Prof. Snellen, głośnego imienia okulista w Utrechcie, przechodzi w stan spoczynku, a opróżnione miejsce ma zająć jego syn.

* Prof. Albert obchodził 25-letni jubileusz profesorskiej działalności w zamkniętem kole swoich słuchaczów i asystentów. Ofiarowany jubilatowi portret ma zdobić salę wykładową.

* Przy wrocławskiej klinice chorób wewnętrznych urządza się oddział poświęcony leczeniu hydropatycznemu, przy którym będzie katedra hydropatii.

* Pierwszy Zjazd austryackich balneologów odbędzie się 28—30 b. m. Mają być wygłoszone następujące referaty: O wpływie balneo-hydro-klimatoterapii na obieg krwi i samą krew (prof. Kisch, prof. Glax, doc. Klar, doc. Strasser); O niebezpieczeństwie nabywania chorób zakaźnych w zakładach leczniczych i o środkach od niego chroniących (doc. Ullmann); O zastosowaniu sfygmomanometru w praktyce lekarskiej (prof. Basch); Przyczynek do dydaktyki hidroterapii i klimatologii na Węgrzech (doc. Kuthy); O odwietrzaniu mieszkań (Dr. J. Kaup); O kąpielowem i dyetetycznem leczeniu zwapnienia tętnic (Dr. Löbel); Pierwiastki klimatu i ich lecznicze zastosowanie (Dr. Ziffer); Wodolecznictwo przed 200 laty (Dr. Kraus). Tytuły referatów prof. Ludwiga i prof. Winternitza później ogłoszone zostaną.

* *The Lancet* donosi, że dnia 4 maja miasto Como obchodzić będzie setną rocznicę dnia, w którym Volta, obywatel tej miejscowości, wynalazł stos, który nosi jego imię. Dzięki temu jubileuszowi urządzoną będzie międzynarodowa wystawa, dotycząca elektryczności, której jeden dział ma być poświęcony zastosowaniu elektryczności w medycynie.

* W Berlinie zamierzano obchodzić jubileusz 25-letniej działalności głośnego chemika, prof. Salkowskiego. Jubilat jednak wyprosił się od wszelkiej uroczystości.

* Wobec licznego audytoryum, złożonego z studentów, dziennikarzy i służby szpitalnej, miał Dr. Jacquet wykład w paryzkim szpitalu św. Ludwika o alkoholizmie, w którym liczbowo dowodził, że nadużywanie napojów wyskokowych we Francyi wzrasta z roku na rok i doszło do stopnia, przewyższającego wszystkie innę państwa i narody. Ogólna ilość zużywanego we Francyi wyskoku wynosi 2.000.000 hektolitrów. W roku 1850 przypadało rocznie średnio $1^1/_2$ litra czystego wyskoku na jednego człowieka; w roku 1896 ilość ta wynosiła 4.19 litra; a jeśli wliczymy wyskok, znajdujący się w winie, piwie itd., to wypadnie 14 litrów na jedną osobę rocznie. W Belgii ta pozycya wynosi 10,5 litrów, w Niemczech 10 litrów. Jeden wyszynk przypada na 30 osób dorosłych. W departamencie Eure przypada 1 szynk na 3 mieszkańców dorosłych. Odwrotnie mają się rzeczy w Szwecyi: w latach 1830—1834 roczna ilość zużywanego wyskoku wynosiła 23 litry na osobę i spełniono 59 morderstw; w latach 1875—1878 roczna ilość użytego wyskoku wynosiła 5 litrów na osobę, morderstw zaś było 18. (*The Lancet*).

* Po usilnych zabiegach powiodło się pruskim aptekarzom uzyskać rządowy zakaz sprzedawania gniecionych kołaczyków, przyrządzanych w fabrykach; aptekarze zrzucali z siebie wszelką odpowiedzialność za ten wyrób fabryczny, powołując się na to, że nie znają jego składu. *Berliner klinische Wochenschrift* oświadcza, że sprawę tę można było rozstrzygnąć, czyniąc odpowiedzialnymi fabrykantów za skład kołaczyków; takie fabryki, jak Mercka, Bayera i in. dają według wspomnianej gazety więcej rękojmi co do składu ich wyrobów, aniżeli produkta apteczne, przyrządzane ręcznie i to najczęściej w nieodpowiednich i źle urządzonych pracowniach; a przytem kołaczyki fabryczne są znacznie tańsze, a rozbiory stwierdziły ścisłość ich składu.

* Zakład leczenia gliną pastora Felke sprowadza tłumy kuracyuszów; nie mogąc uporać się z tą liczbą, zjednał sobie Felke młodego dra Reutera do pomocy. Powinowaty pastora, Andres Müller, wydał książkę pod tyt.: »Die Heilmethode Felke's«, w której usiłuje przez porównanie zaćmić sławę ś. p. ks. Kneippa, a lekarzom nie szczędzi brutalnych wyzywań, przypisując im pojawienie się wszystkiego złego na tym świecie.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwer. Jagiell. otrzymali: August Jan Dybuś, Leon Bross i Jakób Weinsberg.

**Mianowania i odznaczenia**: Nadzwyczajny prof. tytularny, Dr. Winternitz, mianowany został rzeczywistym profesorem nadzwyczajnym w Wiedniu z tytułem profesora zwyczajnego. Profesorem anatomii patologicznej w Cambridge, w miejsce Kanthacka, mianowany został Dr. G Woodhead.

**Nekrologia**. Zmarli: Dr. Stanisław Momidłowski, wielce ceniony pedyatra, b. asystent kliniki chorób dziecięcych w Krakowie, zakończył życie w Rzeszowie. Kelhoffer Samuel, b. lekarz gminny, zmarł w Borysławiu. Bouchard, profesor anatomii, zmarł w Bordeaux.

**Artykuły oryginalne**, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Medycynie* Nr. 11: Palmirskiego Wł.: O otrzymywaniu surowicy przeciwbłoniczej. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 11: Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas. Mieczkowskiego W.: O syryngomyelii (c. d.). Dra Bernhardta E.: T... żec u trzyletniego dziecka (dokoń.).

**Redakcya otrzymała:**

— Sprawozdanie z działalności Towarz. Kolonij Letnich w Warszawie za r. 1898.

— Kopczyński St.: Bezład dziedziczny, czyli choroba Friedreicha. (Odbitka z *Medycyny*), 1899 r.

— Prof. dr. Trzebicky R.: O znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha. Kraków, 1899.

— Tenże: Sprawozdanie Oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie za rok 1898.

— Neugebauer Fr.: Contribution à l'étude des corps étrangers de l'uterus avec 74 observations. (Odbitka z *Revue de gynécologie* itd., Paryż, 1898.

— Tenże: Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalij zewnętrznych narządów płciowych u kobiety. Odbitka z *Medycyny*). Warszawa, 1899 r.

— Dr. Hewelke O.: Stan współczesny teoryi zaraźliwości suchot płucnych Warszawa, 1899.

— Dr. Jaruntowski A.: Pogląd na obecny stan zwalczania suchot płucnych. Poznań, 1899 r.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

## KONKURS.

Gmina król. miasta Oleska ogłasza niniejszem konkurs celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego. Do posady tej przywiązana jest płaca 300 złr. w. a.

1. Do podania dołączyć należy: *a)* dyplom doktora wszech nauk lekarskich, *b)* świadectwo dotychczasowej praktyki.
2. Pierwszeństwo mają kandydaci żonaci.
3. Podania udokumentowane należy wnieść do Zwierzchności gminy miasta Olesko najpóźniej do 14 kwietnia 1899.

---

# Kufek'a mączka dla dzieci

ZAPOBIEGA ✱ POLECONA PRZEZ POWAGI LEKARSKIE
i USUWA Najlepszy dodatek do mleka!
wymioty, nieżyt jelit, rozwolnienia, zaparcie itd.
oceny lekarzy i próbki darmo i opłatnie
przez (77).
WIEDEŃ fabrykę środków dyetetycznych WIEDEŃ
VI/12. Stumperg 44/46. R. KUFEKE. VI/12. Stumperg 44/46.

---

Wygodne środki do urządzenia
**kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.**
12—23—1




Mattoniego sól borow.
(wyciąg suchy)
**w skrzynkach po 1 kilogr.**
Mattoniego ług borow.
(wyciąg płynny)
**w flaszkach po 2 kilogr.**
Od wielu lat
wypróbowane w:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawn. i w celu ułatwienia wessania wypocin.

**HENRYK MATTONI**
**Wiedeń, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl.**

---

# Ichtyol

*Środek ten polecają gorąco klinicyści i wielu lekarzy; używa się go stale w klinikach uniwersyteckich i szpitalach miejskich.*

stosuje się ze skutkiem:
w **chorobach kobiecych i bledniey, w rzerzączce, w chorobach skóry, narządów trawienia i krążenia, w gruźlicy, cierpieniach gardła, nosa i oczów** jakoteż w **chorobach zapalnych i gośćcowych** wszelkiego rodzaju, już to skutkiem jego własności **redukujących, kojących i przeciwgnilnych** udowodnionych przez spostrzeżenia **kliniczne i doświadczenia**, jużteż dzięki jego działaniu **przyspieszania resorbcyi i zwiększania przemiany materyi.** 9

Naukowe rozprawy o **Ichtyolu** i formułki lecznicze rozsyłają darmo i opłatnie **jedyni fabrykanci**
**Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,**
HAMBURG.

---

# KALENDARZ LEKARSKI
## na rok 1899

za **1 złr. 75 ct.** (z przesyłką pocztową) nabywać można w Administracyi kalendarza lekarskiego **Kraków, Rynek 45.**

---

Południowo-tyrolska **Arsenowo-żelezista** woda

# „MITTERBAD"

sprowadza jak to wykazano w Szpitalach przybytek hemoglobiny we krwi o 40—50%, znaczny przybytek ciałek czerwonych, wybitny przybytek na ciężarze ciała u leczących się.

**Dawka: dwa, trzy razy dnia po 6 łyżeczek czystej wody.**

**Nienależy się obawiać ani biegunki, ani psucia zębów.**

☞ Przystępna cena pozwala na rozpowszechnienie tej wody.— Pić można w każdej porze roku. ☜

*Dostać można w aptekach* (71)

---

## Od maja
## ordynował będę w Salzbrunn.
# Dr. Wojciech Grabowski.

---

Wyszedł już:

# ZBIÓR PRAC

wydany ku uczczeniu pamięci
**Prof. Dra Alfreda Obalińskiego**
przez
**Grono ostatnich Jego uczniów i współpracowników**
**z portretem ś. p. Prof. Obalińskiego.**

Do nabycia w Administracyi *Przeglądu lekarskiego* za cenę 3 złr. w. a.

---

## Fabryka opatrunków chirurgicznych
# M. L. DOBROWOLSKIEGO
## w Podgórzu
(Telefonu krakowskiego Nr. 200)

mając znaczne zapasy opatrunków, jakoto: waty Brunsa, waty drzewnej, waty szpitalnej, juty bielonej i niebielonej, wiórek drzewnych, mchu suszonego, gazy odtłuszczonej w trzech różnych gęstościach, kalikotu białego i szarego różnej grubości, muślinku i organtyny krochmalnej, organtyny szarej, drenów, jedwabiu, katgutu i wszystkich opatrunków impregnowanych, poleca takowe **Wnym Panom Lekarzom, Dyrekcyom i Zarządom szpitali**, taniej niż czesko-niemieckie fabryki austryackie.

Próbkami i ofertami służę na żądanie.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.